



**السياسة السكانية في مصر:
تحليل مقومات النجاح والشكل المؤسسي الأمثل
دراسة مقارنة**

أحمد داود* ود. عبلة عبد اللطيف**
ورقة العمل رقم ٢٠٣
أغسطس ٢٠١٩

* باحث اقتصادي، المركز المصري للدراسات الاقتصادية.
** رئيس المجلس التخصصي الاستشاري للتنمية الاقتصادية التابع لرئاسة الجمهورية، والمدير التنفيذي ومدير البحوث، المركز المصري للدراسات الاقتصادية.

يتقدم الباحثان بالشكر والتقدير لكل من: الدكتورة مایسة شوقي، أستاذة الصحة العامة وطب المجتمع بكلية طب جامعة القاهرة؛ والدكتور حسين عبد العزيز، أستاذ الإحصاء بكلية الاقتصاد والعلوم السياسية، جامعة القاهرة؛ والدكتورة فاطمة الزناتي، أستاذة الإحصاء بكلية الاقتصاد والعلوم السياسية، جامعة القاهرة؛ والدكتور عمرو حسن، مقرر المجلس القومي للسكان؛ والدكتورة سحر السنباطي، رئيس قطاع تنظيم الأسرة بوزارة الصحة والسكان؛ والأستاذة أمال نور الدين، رئيس قطاع الإحصاءات السكانية والتعدادات سابقا، الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء، وذلك على مقترحاتهم القيمة في أثناء مراحل إعداد وكتابة هذه الدراسة.

ملخص

تسعى هذه الدراسة، متبعة المنهج التحليلي الوصفي، إلى الوقوف على أهم العوامل اللازمة لتنفيذ سياسة سكانية ناجحة في مصر. في سبيل ذلك يعرض الجزء الأول ثماني تجارب دولية رائدة في مجال السكان لاستنباط العوامل الرئيسية التي ساهمت في انجاز التحول الديمغرافي في كل منها. ويقدم الجزء الثاني تعامل مصر مع ملف السكان منذ ثلاثينات القرن الماضي حتى ٢٠١٩ مقسما إلى ست فترات زمنية، للوقوف على أبرز أسباب النجاح أو الإخفاق في كل فترة على حده. وأخيرا يقارن الجزء الثالث بين أهم ملامح التجربة المصرية والتجارب الدولية، منتهيا إلى العوامل الواجب توافرها حتى يكون لدى مصر سياسة سكانية ناجحة ومستدامة، وكان أهمها الحوكمة الرشيدة لملف السكان وينتهي الجزء بتقديم مقترح بالشكل المؤسسي الأمثل لتحقيق ذلك.

Abstract

Using a descriptive analysis approach, this paper seeks to identify key factors for a successful population policy in Egypt. For this purpose, the first section overviews eight leading international experiences in population to find the main contributors to the demographic transition in each of these experiences. Section 2 assesses Egypt's management of the population file from 1930s to 2019 divided into six periods, to identify the main reasons for success or failure in each period separately. Finally, the third section compares the most important features of the Egyptian experience with those of the international experiences, concluding by referring to the preconditions for Egypt to have a successful and sustainable population policy, most importantly, sound governance of the population file. The section concludes with a proposed optimum institutional form.

مقدمة

تشير بيانات التعداد العام للسكان والمنشآت ٢٠١٧ إلى تسارع معدل نمو السكان في مصر خلال الفترة ٢٠٠٦ - ٢٠١٧، مقارنة بالفترة ١٩٩٦ - ٢٠٠٦، كما تشير بيانات المسح الصحي للسكان إلى ارتفاع معدل الخصوبة إلى ٣,٥ طفل لكل سيدة في ٢٠١٤ مقابل ٣ أطفال لكل سيدة في ٢٠٠٨.

وتتوقع الأمم المتحدة للسكان وصول عدد سكان مصر إلى ١٢٠ مليون نسمة في ٢٠٣٠ و ١٥٠ مليون نسمة في ٢٠٥٠. تفترض هذه التوقعات انخفاض معدل نمو السكان إلى ١,٤% في ٢٠٣٠ و ١,١% في ٢٠٥٠ مقارنة بـ ٢,٢% في ٢٠١٥، أما إذا استمر معدل نمو السكان عند مستواه الحالي فإن عدد سكان مصر سيفوق هذه التوقعات، وهو ما سيمثل ضغطاً شديداً على موارد مصر الاقتصادية.

وبناء عليه تحظى مشكلة الزيادة السكانية باهتمام متزايد من الدولة في الوقت الحالي كونها تمثل تحدياً جوهرياً أمام أي جهود تنموية، وقد تجلّى ذلك الاهتمام بوضوح في نص المادة ٤١ من الدستور على "التزام الدولة بتنفيذ برنامج سكاني يهدف إلى تحقيق التوازن بين معدلات النمو السكاني والموارد المتاحة، وتعظيم الاستثمار في الطاقة البشرية وتحسين خصائصها، وذلك في إطار تحقيق التنمية المستدامة".

ويعود إدراك الدولة لخطورة الزيادة السكانية في مصر إلى ستينيات القرن الماضي عندما تم وضع أول هدف في مجال السكان وهو "تخفيض معدل الزيادة الطبيعية بواحد في الألف سنوياً" (Sayed 2011)، بينما تبلورت أبعاد المشكلة السكانية في مصر بشكل كامل منذ السبعينيات، لتركز على أربعة أبعاد مازالت جميعها تمثل تحدياً حتى الوقت الحالي وهي تسارع معدل النمو السكاني، اختلال توزيع السكان على حوالي ٧,٧% فقط من مساحة الدولة، تدنى الخصائص السكانية المتمثلة في ارتفاع معدلات الفقر والبطالة والامية، واتساع الفجوة الجغرافية على صعيد المؤشرات الديمغرافية والتنموية.

وقد انحصر تعامل الدولة المصرية مع ملف السكان في البعد العددي بشكل شبه كامل من خلال التركيز على برامج تنظيم الأسرة منذ الستينيات، والتعامل مع مصر وكأنها تجربة فريدة دون الاستفادة بشكل عملي من تجارب الدول الرائدة في التعامل مع القضية السكانية بشكل سليم بما يساعد في تحقيق التنمية الاقتصادية المستدامة، من هنا جاءت هذه الورقة التي تستهدف دراسة التجربة المصرية في إطار مقارنة مع تجارب الدول الأخرى للوقوف على أهم محركات التغيير في هذا الملف.

في هذا الإطار، تنقسم هذه الدراسة إلى ثلاثة أجزاء؛ يستعرض الجزء الأول أهم التجارب الدولية في مجال السكان، مركزاً بشكل أساسي على عوامل نجاح تجارب دول شرق آسيا كنموذج أمثل لتعظيم الاستفادة من التحول الديمغرافي وتحقيق تنمية اقتصادية حقيقية خلال ثلاثة عقود فقط (١٩٦٠ - ١٩٩٠). بينما يقيم الجزء الثاني السياسة السكانية في مصر والإطار المؤسسي المسئول عن تنفيذها منذ الثلاثينيات حتى

٢٠١٩، مقسما إلى ست فترات زمنية، مع التركيز على أبرز مؤشرات الأداء ومواطن القوة والضعف وكذلك أهم الفجوات التنفيذية في كل فترة على حده. وأخيرا يحلل الجزء الثالث أبرز ملامح الجهود السكانية في مصر منذ الثلاثينيات في إطار مقارنة مع الدول الأخرى بهدف الخروج بمقترح لأهم العوامل الواجب توافرها لنجاح السياسة السكانية في مصر، ويختتم بتصور للشكل المؤسسي الأمثل لملف السكان.

الجزء الأول: أبرز التجارب الدولية في مجال السكان

تختلف السياسة السكانية من دولة لأخرى بحسب الظروف الداخلية والأهداف التنموية، كما أنها تختلف أيضا داخل الدولة الواحدة من فترة لأخرى بحسب التوجه الاقتصادي والسياسي في كل مرحلة.

في هذا الصدد تشير بيانات الأمم المتحدة للسكان لعام ٢٠١٥ إلى وجود تفاوت واضح بين دول العالم في سياساتها تجاه ملف السكان. ففي حين تسعى ٧٥ دولة إلى تحجيم معدل النمو السكاني فإن هناك ٣٧ دولة تسعى إلى رفعه و ٤٠ دولة تحاول الحفاظ عليه ثابتا عند معدله الحالي، بينما هناك ٢٨ دولة لا تقوم بأي تدخلات للتأثير على معدل النمو السكاني و ١٧ دولة ليس لديها سياسة سكانية رسمية. (United Nations 2015)

معايير وأسباب اختيار الدول موضع المقارنة

كانت دول شرق وجنوب شرق آسيا تحديدا من أوائل الدول وأنجحها على الإطلاق في انجاز التحول الديمغرافي والانتقال من معدلات خصوبة مرتفعة بلغت ٦ أطفال في المتوسط في ستينيات القرن الماضي إلى معدل يقل عن معدل الإحلال بداية من الثمانينات. في الوقت نفسه نجحت هذه الدول في إعادة هيكلة اقتصاداتها وتحقيق طفرة حقيقة على مستوى التصنيع والتصدير والنهوض بمستويات المعيشة خلال ثلاثة عقود فقط (الستينيات – التسعينيات).

وبعد أن كانت معظم دول هذه المنطقة تعاني الفقر وتكابد الانقسامات والحروب الداخلية والخارجية في النصف الأول من القرن الماضي، أصبحت في مصاف دول العالم الأول، بل إن سنغافورة كأبرز هذه الدول استطاعت أن ترفع متوسط دخل الفرد بها من ٤٢٨ دولار في ١٩٦٠ إلى ٥٧,٧ ألف دولار في ٢٠١٧ لتصبح بذلك ضمن أغنى ١٠ دول في العالم (World Bank 2019).

وبناء عليه فقد تم اختيار هذه الدول، وتحديدا الصين والهند واليابان وسنغافورة وتايوان وتايلاند وإندونيسيا كدراسات حالة مقارنة باعتبارها النموذج الأفضل في القدرة على انجاز التحول الديمغرافي واستغلاله بالشكل الأمثل لتحقيق التنمية الاقتصادية المنشودة، فقد أسهمت النافذة الديمغرافية الناتجة عن انخفاض معدلات الخصوبة ومن ثم ارتفاع نسبة السكان في سن العمل وحدها فيما يتراوح بين ٢٥-٤٠ بالمئة من المعجزة الآسيوية (World Bank 1993).

كما أن هذه الدول تختلف فيما بينها بشكل واضح من حيث مستويات التنمية والمساحة وعدد السكان وبنية الاقتصاد وطبيعة السياسات المتبعة وهو ما يجعلها غنية بالدروس التي يمكن الاستفادة منها.

بالإضافة إلى ذلك سيتم دراسة التجربة الإيرانية كونها صاحبة أسرع تحول ديمغرافي في عقد التسعينيات، فقد استطاعت تخفيض معدل الخصوبة من ٦,٥ طفل لكل سيدة في بداية الثمانينيات إلى معدل الإحلال (٢,١ طفل لكل سيدة) بحلول ٢٠٠١، وكذلك سيتم عرض تطور معدلات الخصوبة في تونس دون دراسة التجربة بالتفصيل بهدف المقارنة مع الدول الأخرى كما سيتضح من الجزء الثالث.

وقد تم تقسيم هذه التجارب وفقا لطبيعة السياسات في كل دولة على حده إلى ثلاث فئات رئيسية، في محاولة لإلقاء الضوء على مزايا وعيوب كل فئة:

- سياسات سكانية إجبارية (الصين - الهند)
- سياسات تنموية فقط وعدم تبني أي سياسة سكانية رسمية لتخفيض معدل الخصوبة (اليابان)
- سياسات سكانية طوعية:
- الجمع بين التنمية الاقتصادية والسياسات السكانية الفعالة (كوريا - سنغافورة - تايوان - تايلاند - إندونيسيا)
- سياسات سكانية فعالة (إيران)

أولاً: السياسات الإجبارية (الصين والهند)

يعرض هذا الجزء كل من التجربة الصينية والهندية وأهم الدروس المستفادة منهما.

١- الصين

١-١ أبرز ملامح سياسة الطفل الواحد

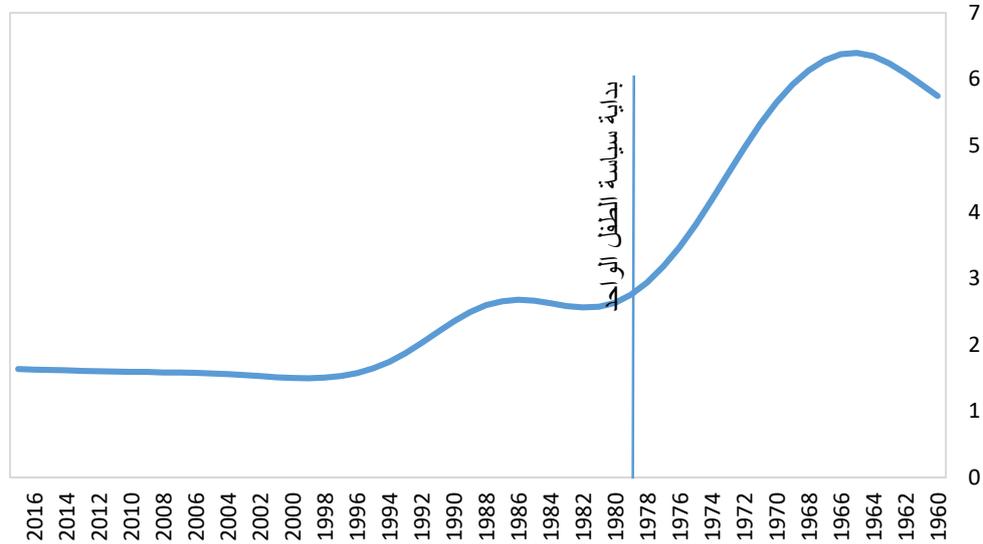
طبقت الصين سياسة الطفل الواحد في عام ١٩٧٩ وتنص على أنه لا يجوز لعرق "الهان" الذي يمثل حوالي ٩٢% من الشعب الصيني إنجاب أكثر من طفل واحد لكل أسرة، وفي حالة إنجاب الطفل الثاني يتم دفع غرامة مالية تقدر بثلاث إلى ستة أضعاف الدخل السنوي للأسرة، بالإضافة إلى عدم القدرة على تخليص أي إجراءات حكومية وقد يصل الأمر إلى الفصل عن العمل ووقف أي إعانات اجتماعية من الدولة (Howden and Zhou 2014).

٢-١ تقييم سياسية الطفل الواحد: أوجه الاتفاق والخلاف بين الباحثين

نجحت الصين بالفعل في تخفيض معدل الخصوبة من ٦,٢٥ طفل في الفترة ١٩٦٥ - ١٩٧٠، إلى ١,٥١ طفل في ١٩٩٥ - ٢٠٠٠، ومن ثم انخفض معدل النمو السكاني من ٢,٧ إلى ٠,٧% خلال نفس الفترة

(UN 2017)، ولكن اختلف الباحثون حول تقييم سياسة الطفل الواحد ومدى مساهمتها في ذلك الانخفاض، ففي حين انتهى (Guo 2014) إلى أن سياسة الطفل الواحد نجحت في تجنب حوالي ٤٠٠ مليون طفل خلال الفترة ١٩٧٩ – ٢٠٠٩، نجد أن كلا من (Whyte et al 2015; Zhang 2017) أشارا إلى أن هذا الرقم غير دقيق وأنه استنتج بناء على فروض غير واقعية وغير دقيقة بشأن السيناريو البديل (معدلات الخصوبة والمواليد إذا لم يتم تطبيق سياسة الطفل الواحد)، مؤكداً على أن معدل الخصوبة بدأ في الانخفاض بشكل ملحوظ قبل تطبيق سياسة الطفل الواحد بسبب تحديث الاقتصاد والبدء في التنمية الاقتصادية والاجتماعية كما يتضح من الشكل ١، خاصة وأن معدلات الخصوبة قد انخفضت بالقدر نفسه في الدول الآسيوية المجاورة دون الحاجة إلى سياسة إلزامية.

الشكل ١: معدل الخصوبة، الصين ١٩٦٠ - ٢٠١٧



المصدر: مؤشرات التنمية العالمية، البنك الدولي، ٢٠١٩.

وعلى الرغم من الخلاف حول تقييم نتائج سياسة الطفل الواحد إلا أنه لا خلاف على ثلاثة أمور:

أولاً: نجاح الحكومة في تطبيق هذه السياسة بفاعلية، بمعنى قدرتها على وضع منظومة متكاملة من الأساليب العقابية والحوافز الإيجابية والسلبية من ناحية، وعلى رصد الحالات المخالفة واتخاذ الإجراءات التخفيفية متى لزم الأمر من ناحية أخرى، كما فعلت في ١٩٨٠، و ٢٠١٣ عندما سمحت لبعض الأسر في حالات محددة بإنجاب طفل ثاني.^١

^١ . في مطلع الثمانينيات سمحت الحكومة الصينية في بعض المناطق بإنجاب طفل ثاني إذا كان الأول أنثى، وفي ٢٠١٣ سمحت بإنجاب طفل ثاني إذا كان أحد الأبوين ليس له إخوة، أو إذا كان الطفل الأول معاقاً.

ثانياً: كان لسياسة الطفل الواحد العديد من الآثار السلبية، أهمها ارتفاع معدلات الإجهاض واختلال نسبة الذكور والإناث في الصين وارتفاع معدلات الشيخوخة وتراجع عرض العمل.^٢ وهو ما دفع الحكومة إلى إلغائها تماماً في ٢٠١٥ والسماح لجميع الأسر الصينية بالحصول على الطفل الثاني. (Buckley 2015).

ثالثاً: سياسة الطفل الواحد تنتهك حق الإنسان في تحديد توقيت الإنجاب وعدد الأطفال المرغوب فيه والفترات البيئية بينهم. وهو الحق الذي أقره الجزء الثالث من الفقرة السابعة في خطة عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية ١٩٩٤ (UNFPA 2014).

٢- الهند

٢-١ أبرز ملامح التجربة الهندية

تعد الهند أول دولة في العالم تتبنى برنامجاً لتنظيم الأسرة في 1947، وقد تضمنت الخطة الخمسية الأولى والثانية ١٩٥٢ - ١٩٧١ برنامجاً طوعياً لتنظيم الأسرة كما ضاعفت الخطة الخمسية الثالثة مخصصات البرنامج المالية عشرة مرات للتوسع في تقديم الخدمة، ولكن اتضح من تعدادي ١٩٦١، و ١٩٧١ عدم نجاح البرنامج في خفض معدل نمو السكان^٣ (Harkavy and Roy 2007; Srinivasan 2007).

دفع عدم نجاح البرنامج في خفض معدل نمو السكان الحكومة إلى تقديم التعقيم كوسيلة فعالة لتنظيم الأسرة في عام ١٩٧١^٤ على أساس طوعي يعتمد على الحوافز لكل من العاملين بالصحة والمواطنين، وتم إجراء ٤,٦ مليون عملية تعقيم خلال الفترة ١٩٧١ - ١٩٧٤، معظمها للذكور (Harkavy and Roy 2007).

نظراً لنجاح التعقيم من ناحية وتفاقم عبء السكان بسبب ارتفاع أسعار البترول وتلف مساحات كبيرة من المحاصيل الغذائية في ١٩٧٥ من ناحية أخرى، قام مجلس الوزراء بإعلان حالة الطوارئ وفي إبريل ١٩٧٦ قام بإقرار سياسة سكانية تسمح لكل ولاية بسن قوانين لفرض التعقيم الجبري، ووضعت الحكومة المركزية معدلات تعقيم إلزامية لكل ولاية، مستهدفة تعقيم إجمالي ٨,٦ مليون مواطن خلال ١٩٧٦ - ١٩٧٧، أي القيام قسراً في عام واحد بتعقيم ضعف ما تم تعقيمه طواعية في ثلاثة أعوام، مع اتباع سياسات عقابية كوقف الأجور والفصل من العمل بل وصل الأمر إلى القبض على قرى بأكملها وتعقيمهم بشكل جبري (Davidson 1979).

^٢ وفقاً لبيانات البنك الدولي فإن عدد الذكور في الصين كان يزيد عن عدد الإناث بـ ٤٢ مليون في ٢٠١٧، مقارنة بـ ٢٥ مليون في ١٩٨٠ و ٢٠ مليون في ١٩٦٠.

^٣ ارتفع معدل النمو السكاني من ١,٧% في ١٩٥٠ - ١٩٥٥ إلى ٢,١% في ١٩٦٥ - ١٩٧٠ (UN 2017).

^٤ قُدِّر في ذلك الوقت أن تعقيم ٧ ذكور لكل ألف من السكان سنوياً لمدة ١٠ سنوات سيؤدي إلى تخفيض معدل المواليد من ٤٠ إلى ٢٥ لكل ألف.

٢-٢ إلغاء سياسة التعقيم الإلزامي

أثار إعلان حالة الطوارئ واتباع سياسة التعقيم الإجباري غضبا شعبيا واسعا، فشكلت أحزاب المعارضة تحالفا ونجحت في الفوز في الانتخابات أمام حزب المؤتمر الوطني وإزاحة الحكومة القائمة عن رأس السلطة في مارس ١٩٧٧ وإلغاء سياسة التعقيم الجبري والتأكيد بدلا من ذلك على تحسين الوعي الصحي والإنجابي ورفع مستويات المعيشة (Srinivasan 2007).

٢-٣ لماذا نجحت الصين في تطبيق سياسة إجبارية لتنظيم الأسرة بينما لم تنجح الهند؟

١- الإرادة السياسية المستدامة وعدم اختلاف الرؤية تجاه ملف السكان من رئيس لآخر، فعلى الرغم من تعاقب ٥ رؤساء منذ البدء في تطبيق سياسة الطفل الواحد، إلا أنهم جميعا أيدوها واعتبروها شرطا ضروريا لتحقيق التنمية الاقتصادية، بينما في المقابل اختلفت رؤى الحكومات المتعاقبة في الهند حول سياسات تنظيم الأسرة المتبعة.

٢- السلطوية الصينية وسيطرة الحزب الشيوعي الحاكم على مفاصل الدولة، كونه الحزب الأوحيد بالصين مكنه من تنفيذ سياسة الطفل الواحد دون معارضة سياسية، في المقابل تتميز الحياة السياسية في الهند بالتعددية الحزبية، وقد دفع الغضب الشعبي أحزاب المعارضة إلى التكتل وإزاحة الحزب الحاكم عن السلطة في انتخابات ١٩٧٧، إثر قيام الأخير بإعلان حالة الطوارئ وتنفيذ سياسة التعقيم الإلزامي.

٣- الإطار المؤسسي الفعال، قامت الصين بتأسيس لجنة وطنية لشئون الصحة وتنظيم الأسرة تابعة لرئاسة مجلس الدولة الصيني (رئاسة الوزراء) مباشرة منذ ١٩٨١، لتتولى مسؤولية وضع القوانين والسياسات السكانية والصحية ومتابعة تنفيذها، بينما أسندت الهند مسؤولية البرنامج إلى وزارة الصحة.

٤- وجود جهاز بيروقراطي قوي وممتد في جميع أنحاء الدولة، وهو ما سهل على الصين رصد حالات الحمل والولادة في جميع أقاليم الدولة وضبط المخالفين في مراحل مبكرة وتكييف السياسة لتستجيب للاختلافات المحلية بين الأقاليم بمرونة. في المقابل أدى ضعف الجهاز الإداري الهندي إلى:

- عدم القدرة على صرف مخصصات تنظيم الأسرة بشكل كامل رغم ضعفها خلال الخطتين الخمسية الأولى والثانية.

- تغيب العاملين بالصحة معظم الوقت عن الحضور إلى الوحدات الصحية.

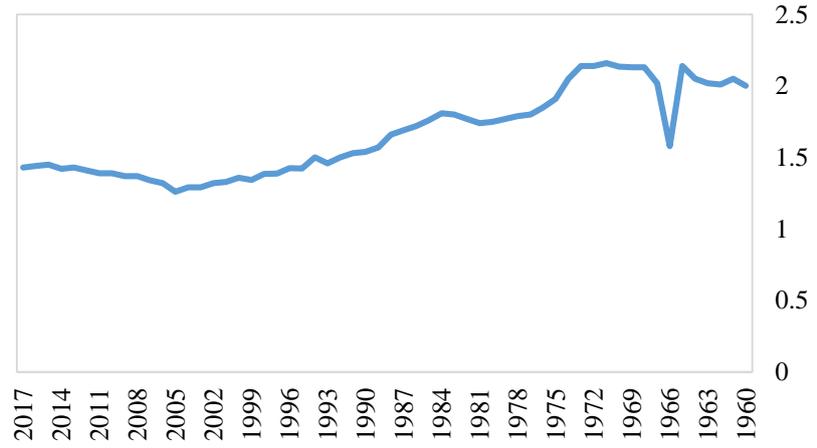
- في كثير من الحالات كان يتجاهل العاملون بالصحة تنفيذ المستهدفات التي وضعتها الحكومة المركزية، نظرا لعدم واقعيته وعدم ملاءمتها للظروف المحلية.

ثانياً: سياسات تنمية فقط وعدم تبني أي سياسة سكانية رسمية لتخفيض معدل الخصوبة

١- اليابان

تعد اليابان نموذجاً شاملاً على أن التنمية الاقتصادية والاجتماعية وحدها كافية للوصول بالخصوبة إلى معدل الإحلال في أوائل ستينيات القرن الماضي كما يتضح من الشكل ٢، ودون اتباع أي سياسة سكانية تستهدف ذلك في أي فترة من الفترات.

الشكل ٢: معدل الخصوبة، اليابان ١٩٦٠ - ٢٠١٧



المصدر: مؤشرات التنمية العالمية، البنك الدولي، ٢٠١٩.

١-١ تراجع معدلات الخصوبة بسبب التنمية الاقتصادية والاجتماعية بالرغم من تحفيز الدولة للنمو السكاني حتى الحرب العالمية الثانية

على الرغم من اتباع الحكومة اليابانية سياسة سكانية تستهدف زيادة معدلات الخصوبة حتى الحرب العالمية الثانية، إلا أنها لم تنجح في تغيير اتجاه الخصوبة الآخذ في التراجع بفعل التنمية الاقتصادية والاجتماعية المتسارعة في ذلك الوقت. حيث نجحت الحكومة في تحديث الاقتصاد والتحول من الزراعة إلى الصناعة والنهوض بمستويات التعليم وتحقيق تنمية اقتصادية حقيقية في وقت مبكر، فقد انخفضت نسبة من يعملون بالزراعة من ٥٤% إلى ٢٥% بين ١٩٢٠ و ١٩٤٠، وارتفعت نسبة من يعيشون في الحضر من ١٨ إلى ٣٨% خلال نفس الفترة، كما نجح الاستثمار الجاد في التعليم في القضاء على الأمية بشكل كامل في ١٩٢٠ فيما عدا أمية كبار السن (Inoue 2001; Kuroda 1984; Muramatsu 1984).

٢-١ تراجع الحكومة اليابانية عن سياساتها الداعمة للنمو السكاني بعد الحرب العالمية الثانية

تراجعت الحكومة اليابانية عن سياساتها الداعمة للنمو السكاني عقب خروجها مدمرة من الحرب العالمية الثانية، وزيادة الأعباء الاقتصادية للدرجة التي دفعت اليابان لاستيراد الأرز لإطعام شعبها لأول مرة،

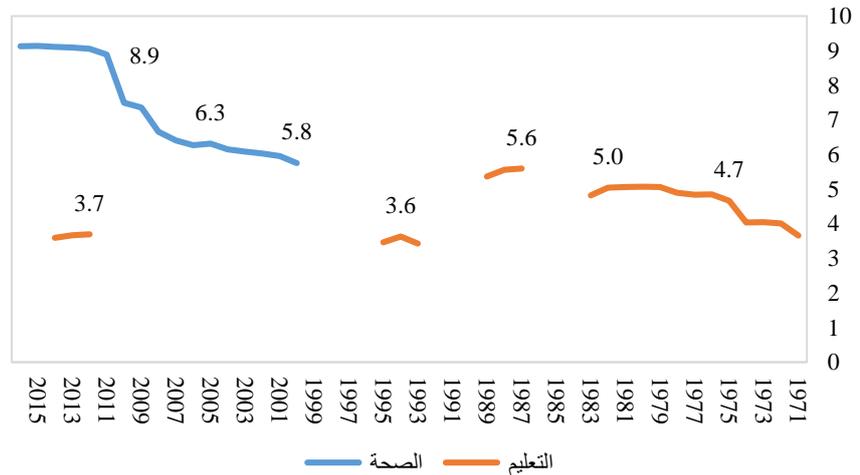
فقامت بتقنين الإجهاض عام ١٩٤٨ إذا كان الحمل يمثل تهديدا لصحة المرأة أو رفاقتها الاجتماعية والاقتصادية (Evvy 1999).

وفي عام ١٩٥٢، بدأت الحكومة برنامجا لتنظيم الأسرة بهدف الحد من الآثار السلبية للإجهاض على صحة المرأة وليس تخفيض معدل الخصوبة، كما كان دور الحكومة محدودا في تنفيذ البرنامج مقارنة بدور المجتمع المدني وشركات القطاع الخاص التي أخذت على عاتقها تصميم برامج لتنظيم الأسرة وتحمل تكلفتها لارتباط الإنتاجية ارتباطا وثيقا برفاحية العامل خارج العمل واستقراره الصحي والنفسى (Hayase 2005).

٣-١ دور السياسات التنموية وتأثيرها على معدلات الخصوبة

ركزت الحكومة اليابانية جهودها عقب الحرب في عمليات إعادة البناء التي انتهت منها بحلول عام ١٩٦٥، وأخذت على عاتقها عمليات التحديث وبناء رأس المال الاجتماعي والاقتصادي خاصة التعليم والصحة كأولوية قصوى، وفي هذا الصدد تشير بيانات البنك الدولي إلى أن الإنفاق الحكومي على التعليم قد سجل ٥,٦% من الناتج المحلي الإجمالي في منتصف الثمانينيات مقابل ٤,٧% في منتصف السبعينات، كما ارتفع الإنفاق على الصحة من ٥,٨% من الناتج المحلي الإجمالي في ٢٠٠٠ إلى ٩,١% في ٢٠١٦ كما يتضح من الشكل ٣.

الشكل ٣. الإنفاق الحكومي على الصحة والتعليم كنسبة من الناتج المحلي الإجمالي في اليابان (سنوات متفرقة)



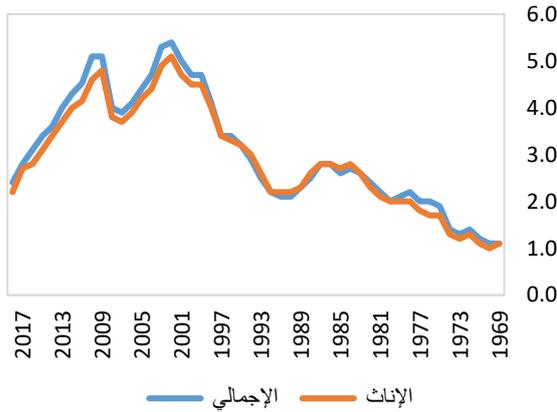
المصدر: مؤشرات التنمية العالمية، البنك الدولي، ٢٠١٩.

وعملت الحكومة أيضا على استقرار المناخ الاقتصادي الكلي وهو ما شجع الادخار والاستثمار المحلي على أن يسجل ٣٠% على الأقل حتى منتصف التسعينيات كما يتضح من الشكل ٤، بالإضافة إلى تشجيع القطاع الخاص وتقديم الحوافز اللازمة للصناعات التصديرية على وجه التحديد، فانخفضت معدلات البطالة

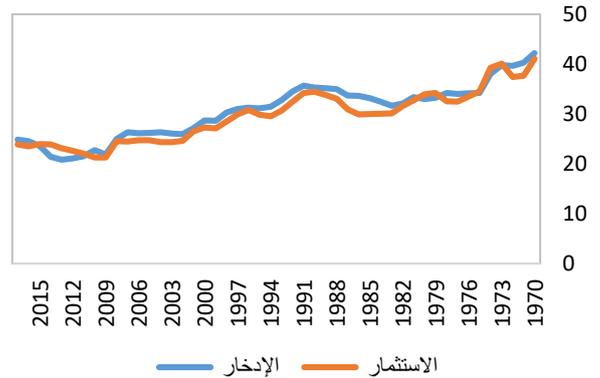
إلى ما دون الـ ٣% حتى منتصف التسعينيات ثم ارتفعت لتقارب الـ ٥% خلال الأزمة الآسيوية والأزمة المالية العالمية، إلا أنها بدأت في الانخفاض من جديد منذ ٢٠١٠ لتسجل ٢,٤% في ٢٠١٧ كما يتضح من الشكل ٥، وانعكست هذه الجهود الحكومية في النهاية على مستويات المعيشة ونصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي الذي ارتفع باستمرار منذ الستينيات ليسجل حوالي ٥٠ ألف دولار في ٢٠١٧ بأسعار ٢٠١٠ كما هو مبين في الشكل ٦.

وقد أدى تمكين المرأة متمثلاً بشكل أساسي في النهوض بالتعليم مصحوباً بتوفير فرص العمل إلى ارتفاع متوسط سن الزواج إلى ٣٠ سنة للإناث و ٣١ سنة للذكور كما يتضح من الشكل ٧ من ناحية وارتفاع تكلفة الفرصة البديلة للإنجاب من ناحية أخرى، كما أدى ارتفاع مستويات المعيشة إلى عدم التعامل مع الأطفال كأصل اقتصادي مدر للدخل والاهتمام بالكيف دون الكم، ونتج عن ذلك كله التوجه طوعية لتكوين أسر صغيرة الحجم فانخفض معدل الخصوبة بشكل مستمر منذ الخمسينيات حتى الن ليسجل أدنى مستوى له عند ١,٣ طفل لكل سيدة خلال الفترة ٢٠٠٥ - ٢٠١٠ كما أشرنا فيما سبق.

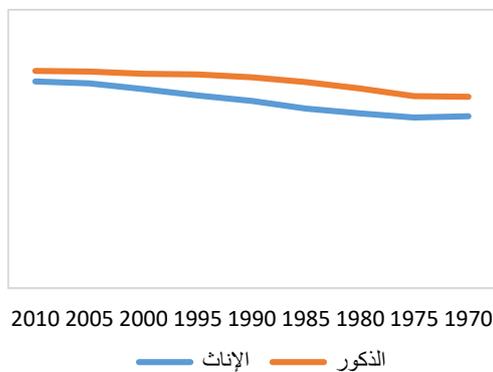
الشكل ٥: معدل البطالة - اليابان ١٩٦٩ - ٢٠١٧



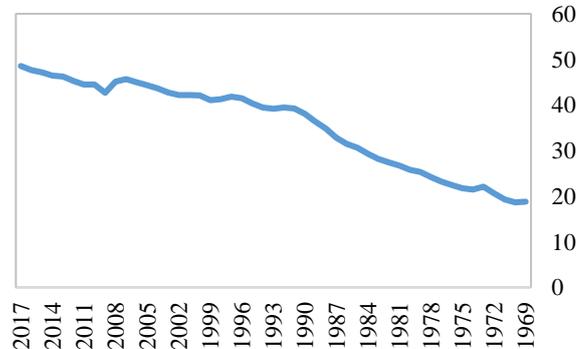
الشكل ٤: الإخار والاستثمار المحلي الإجمالي كنسبة من الناتج المحلي الإجمالي - اليابان ١٩٧٠ - ٢٠١٦



الشكل ٧: متوسط السن عند الزواج الأول - اليابان، ١٩٧٠ - ٢٠١٠



الشكل ٦: نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي - اليابان ١٩٦٩-٢٠١٧ بالآلاف دولار (أسعار ٢٠١٠)



المصدر: مؤشرات التنمية العالمية، البنك الدولي، ٢٠١٩.

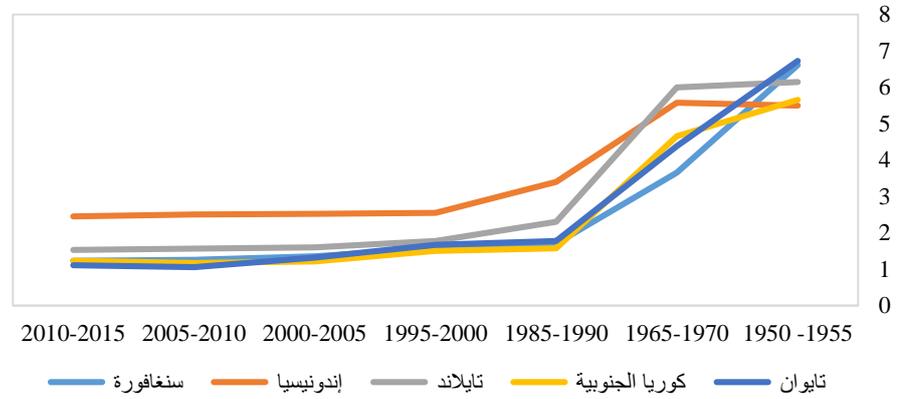
ثالثاً: السياسات الطوعية

١ - الجمع بين التنمية الاقتصادية والسياسات السكانية الفعالة: كوريا، سنغافورة، تايوان، تايلاند،

إندونيسيا

استطاع كل من كوريا الجنوبية وسنغافورة وتايوان إنجاز التحول الديمغرافي والوصول بالخصوبة إلى معدل الإحلال بداية من أواخر السبعينيات مقارنة بحوالي ٦ أطفال في المتوسط في بداية الخمسينيات كما يتضح من الشكل ٨. ويشير الشكل أيضاً إلى أن التحول الديمغرافي قد بدأ متأخراً في كل من تايلاند وإندونيسيا، فلم تتبع كل منهما سياسة سكانية رسمية إلا بحلول عام ١٩٧٠، حيث كان مسار التحول الديمغرافي في إندونيسيا الأكثر بطئاً مقارنة بالدول الأخرى.

الشكل ٨: معدل الخصوبة ١٩٥٠-٢٠١٥



المصدر: United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2017).

١-١ عوامل نجاح دول شرق آسيا في تخفيض معدل الخصوبة

على عكس اليابان، لم يكن ذلك التحول نتاج سياسات تنموية فقط، ولكن أيضاً سياسات سكانية وضعتها حكومات هذه الدول وتولت تنفيذها بنجاح، وبتحليل تجربة كل دولة على حده وجدنا أن هذا النجاح يمكن أن يعود إلى ستة عناصر مشتركة، وهي:

○ الإرادة السياسية المستدامة

لم تختلف رؤية القيادة السياسية تجاه ملف السكان بمرور الوقت في أي من هذه الدول حتى تم إنجاز التحول الديمغرافي بنجاح والوصول بالخصوبة إلى معدل الإحلال، كما كان التغيير السياسي في هذه الدول هادئاً وغير مصحوب بتغييرات في التوجهات الاقتصادية والسياسية، وهو ما عزز من قدرة الحكومات على وضع وتحقيق مستهدفات سكانية وتنموية بعيدة المدى (Mason 2001).

في كوريا الجنوبية على سبيل المثال، استولى الجيش على السلطة عام ١٩٦١، وعلى الرغم من كون الرئيس "بارك شونغ هي" رجلا عسكريا إلا أنه كان شديد الإيمان بأهمية تنظيم الأسرة. فقام فور توليه الرئاسة بتأسيس مجلس التعمير الوطني الذي تولى وضع خطة اقتصادية تربط بين قضايا السكان والتنمية. وعلى الرغم من تغيير الحكومة في الأعوام ١٩٧٩ و ١٩٨٠ و ١٩٨٨ إلا أنها جميعا اتخذت نفس الموقف الداعم للبرامج السكانية وتم دمجها في الخطط التنموية الخمسية للدولة (Kwon 2001).

كما كانت تايلاند من أوائل الدول بالعالم التي تخصص مادة بالدستور للسكان عام ١٩٧٤، وتتص على تبني الدولة سياسة سكانية تتماشى مع حجم الموارد الطبيعية، السياق الاقتصادي والاجتماعي، والموقف التكنولوجي، بهدف تحقيق الأهداف الاقتصادية والاجتماعية وضمان أمن واستقرار الدولة (Liu 2001).

○ سياسة سكانية تقوم على تحفيز الطلب وتعزيز العرض

ركزت هذه الدول على كل من جانب العرض والطلب في الوقت نفسه، ففي حين اهتمت ببناء الوحدات الصحية ومراكز تقديم الخدمة وتقنين التعقيم والإجهاض واستخدام وسائل تنظيم الأسرة على أساس طوعي، اهتمت في الوقت نفسه بالعمل على جانب الطلب، أي الأفراد أنفسهم وتشجيعهم على تبني نمط الأسرة صغيرة الحجم من خلال حملات التوعية الموسعة والتعليم الصحي والإنجابي لجميع فئات المجتمع، وكذلك من خلال وضع منظومة قوية للحوافز الإيجابية والسلبية وهو ما نوضحه تفصيلا في النقطة التالية.

○ وضع منظومة قوية للحوافز الإيجابية والسلبية

يعد استخدام الحوافز الإيجابية والسلبية للتأثير على قرارات الأفراد الإنجابية أحد أهم الخصائص البارزة للبرامج السكانية في دول شرق وجنوب شرق آسيا بشكل عام بما فيها الصين والهند، على سبيل المثال قامت كوريا الجنوبية في الثمانينيات بتقديم إعانات مالية للطفل الأول وإعفاءه من الرسوم الدراسية وإعفاء الأم من تكاليف الخدمات العلاجية أثناء الحمل والولادة، ومنح الأسرة خصما ضريبيًا على دخلها السنوي إذا وافق أحد الزوجين على التعقيم بعد الطفل الأول (Kwon 2001).

وفي عام ١٩٧٣، قررت الحكومة التايوانية وقف الإعانات العينية لموظفي الدولة والجيش والشرطة في حالة إنجابهم أكثر من ثلاثة أطفال، وفي ١٩٨٢ تم قصر الخصم الضريبي على الأسر التي لديها طفلين فقط، وفي ١٩٨٣ تم تقديم دعم مالي وأولوية للحصول على الإسكان العام للمتزوجين إذا كان سنهم عند الزواج ٢٥ سنة على الأقل للذكور و ٢٢ سنة على الأقل للإناث (Liu 2001).

وقد قامت سنغافورة بإلغاء إجازة الوضع بدءاً من الطفل الثالث، وإلغاء تكاليف العلاج والولادة إذا قبلت الزوجة بالتعقيم، ومنح أولوية التسجيل بالمدارس وحجز الإسكان العام للأسر التي أجريت التعقيم بعد الطفل الثاني (Palen 1986).

وقد وظفت تايلاند على وجه التحديد الحوافز الإيجابية لتوزيع السكان بشكل أكثر توازناً، وتخفيف العبء عن العاصمة بانكوك، ففي عام ١٩٩٣ قامت الحكومة بتقديم حوافز ضريبية للمستثمرين تتناسب طردياً مع مدى بعد الاستثمار عن العاصمة بانكوك، وتحسين ظروف الإنتاج الزراعي والمعيشة في المناطق الريفية منخفضة الكثافة السكانية، وتحسين جودة البنية التحتية والاستثمار في المرافق الصحية والتعليمية في هذه المناطق.

○ توفير التمويل اللازم

نظراً لضعف الموارد المالية في المراحل الأولى من التنمية الاقتصادية والاجتماعية بهذه الدول فقد اعتمدت حكوماتها بشكل أساسي على المساعدات والمنح الخارجية لتمويل برامج تنظيم الأسرة، مستهدفة تحقيق الاستفادة المالية على المدى البعيد.

على سبيل المثال حرصت الحكومة الكورية على زيادة مخصصات البرنامج كلما زادت موارد الدولة، ليرتفع نصيب الحكومة من الإنفاق على البرنامج من ١٣% في بداية الستينيات إلى ٣٦% في ١٩٧٧، ثم ٦٦% في ١٩٨٢ ثم ٧٧% في ١٩٨٤، وفي ١٩٩٦ كانت ميزانية تنظيم الأسرة ٤٠ ضعف نظيرتها في ١٩٧٥. نفس الأمر بالنسبة لتايوان التي اعتمدت بشكل أساسي على التمويل الخارجي خلال السبعينيات وبحلول عام ١٩٨٩ كانت الحكومة تمول ١٠٠% من نفقات البرنامج (Gullaprawit 2001; won 2001).

ومع ذلك ونظراً لارتفاع مستويات المعيشة كان الأفراد أكثر قدرة على الحصول على الخدمة من القطاع الخاص من ناحية وكانت الحكومة أكثر قدرة على رفع نسبة ما يتحمله المواطن من تكلفة الخدمة دون التأثير على معدلات الاستخدام من ناحية أخرى ومن ثم تخفيف العبء عن الموازنة العامة. على سبيل المثال كانت تدفع المرأة في تايوان ٠,٧٥ دولاراً لتركيب اللولب خلال الفترة ١٩٦٤ - ١٩٧٤، ثم رفعها إلى ١,٢٥ دولاراً بين ١٩٧٥ - ١٩٩٠، و٣,١ دولاراً في ١٩٩٢ (Liu 2001).

○ إطار مؤسسي فعال، ودمج الخطط السكانية في الخطط التنموية الخمسية للدولة

كانت البرامج السكانية مكوناً جوهرياً في الخطط التنموية في كل من هذه الدول دون استثناء بما يضمن وضع القضية السكانية على أجندة مجلس الوزراء باستمرار ومن ثم ضمان تخصيص الموارد المالية

اللازمة للتنفيذ من ناحية والتزام كل وزارة بدورها المنوط بها من ناحية أخرى، وبناء عليه فقد اكتفت بعض هذه الدول بذلك ولم تنشئ كيانا مؤسسيا يختص بتنسيق الجهود السكانية، على أن يقوم مجلس الوزراء بهذا الدور التنسيقي على المستوى الكلي.

بالإضافة إلى ذلك فقد اتخذت بعض هذه الدول إجراءات مؤسسية إضافية لتعزيز تنفيذ البرامج السكانية خاصة تنظيم الأسرة، على سبيل المثال قامت تايوان عام ١٩٦٩ بإنشاء مكاتب تنظيم الأسرة في جميع الجهات الحكومية لضمان التنفيذ الفعال للبرنامج، وفي ١٩٦٥ قامت سنغافورة بتأسيس مجلس تنظيم الأسرة ليعمل كجهة وحيدة مسئولة عن برنامج تنظيم الأسرة ولا يجوز لأي جهة أو كيان أو مؤسسة تقديم أي خدمات متعلقة بتنظيم الأسرة دون التسجيل بالمجلس (Liu 2001; Yap 2001).

○ التعاون الوثيق مع القطاع الأهلي

كان دعم القطاع الأهلي وتهيئة البيئة القانونية والمؤسسية اللازمة لتمكينه من القيام بدور فعال في القضايا السكانية والتنمية قاسما مشتركا بين جميع التجارب الآسيوية، ولعل سنغافورة هي المثال الأبرز على ذلك، إذ لم تتولى الحكومة تنفيذ برنامج تنظيم الأسرة بشكل مباشر، ولكنها رأت أن المجتمع المدني أقدر على ذلك منها فتم تأسيس جمعية سنغافورة لتنظيم الأسرة عام ١٩٤٩ كمقدم وحيد لخدمات تنظيم الأسرة والصحة والإنجابية.

وقد سخرت الحكومة للجمعية كل ما يلزمها لأداء مهامها، فقدمت لها منحا بلغت ١٢٠ ألف دولار في ١٩٥٨ و ٢٠٠ ألف دولار عام ١٩٦٦، ووفرت لها أماكن لتقديم الخدمة في الوحدات الحكومية، ومنحتها قطعة أرض مميزة لبناء المقر الرئيسي، وبحلول عام ١٩٦٥ ارتفع عدد المستفيدين من خدمات الجمعية إلى حوالي ١٠ آلاف مقابل ٦٠٠ فقط في بداية الخمسينيات، ولم تستطع الجمعية تلبية الطلب المتزايد فتدخلت الدولة عام ١٩٦٥ وتم تأسيس مجلس سنغافورة لتنظيم الأسرة والسكان، وإطلاق برنامجا قوميا حمل نفس اسم المجلس (Yap 2001; Kranagaratnam 1968).

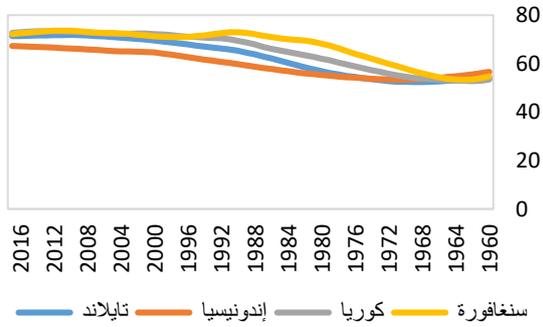
○ التنمية الاقتصادية والسياسات العامة الفعالة

أدى انخفاض معدل الخصوبة والوفيات في دول شرق آسيا موضع الدراسة إلى انخفاض معدل الإعالة من حوالي ٩٠% في الستينيات إلى نحو ٤٥% في المتوسط في التسعينيات ومن ثم ارتفعت نسبة السكان في سن العمل من حوالي ٥٠% إلى ٧٠% خلال نفس الفترة كما يتضح من الشكلين ٩ و ١٠، فيما يعرف بـ "النافذة أو الفرصة الديمغرافية".

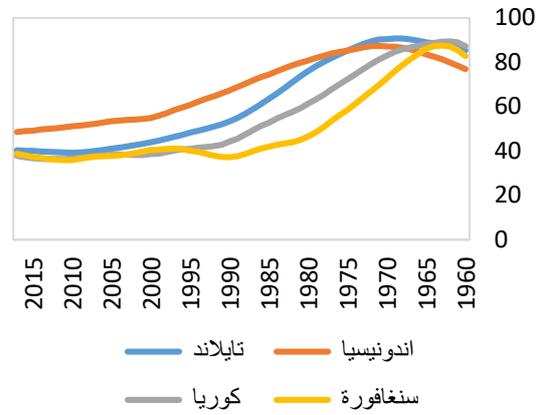
وقد عظمت حكومات هذه الدول استغلال الفرصة الديمغرافية، وتمكنت من إحداث طفرة اقتصادية حقيقية خلال ثلاثة عقود فقط ١٩٦٠ - ١٩٩٠، ولم يكن ذلك ليتحقق دون سياسات عامة فعالة ونظام سياسي مرن

يستطيع تحديد الاحتياجات العامة بدقة والاستجابة إليها بكفاءة؛ فلم تكن هذه الدول لتستوعب قوة العمل الآخذة في النمو والبقاء على معدل البطالة منخفضا كما يتضح من الشكل ١١ دون الاستثمار الجاد في التعليم والصحة، وتقديم حوافز مالية وضريبية للصناعات التصديرية، والعمل على تعزيز شفافية وكفاءة سوق العمل، ولم تكن لتستطيع تحفيز الادخار والاستثمار ليسجلا ٢٥% على الأقل منذ نهاية الستينيات دون جهاز إداري كفء ومؤسسات نقدية ومالية متطورة مكنتها من السيطرة على عجز الموازنة ومن ثم البقاء على التضخم مستقرا عند معدل منخفض كما يتضح من الشكل ١٢، وما كان ليتم تمكين المرأة دون إزالة العوائق التي تواجهها في سوق العمل وعدم التمييز بينها وبين الرجل (World Bank 1993).

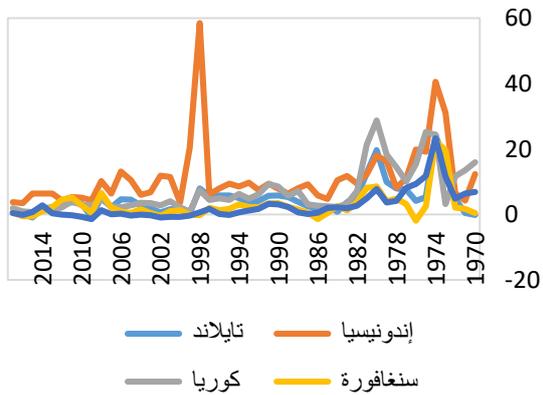
الشكل ١٠: نسبة السكان في سن العمل (١٥-٦٤) من إجمالي السكان



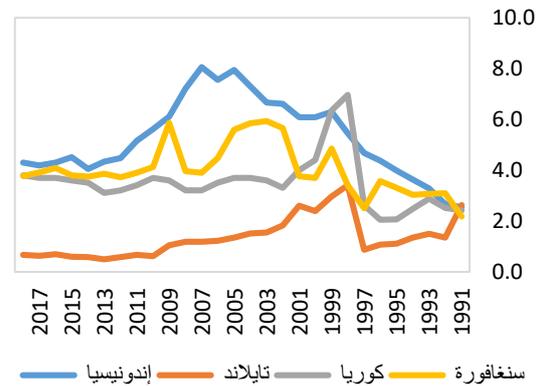
الشكل ٩: معدل الإعاقة ١٩٦٠-٢٠١٦



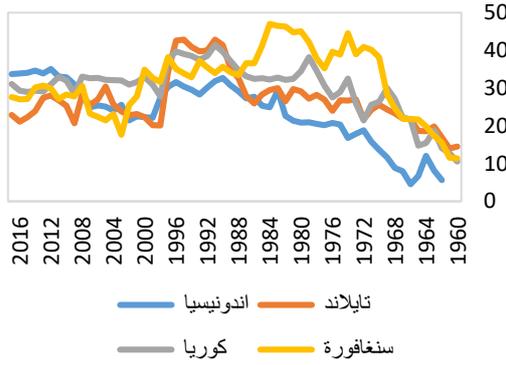
الشكل ١٢: معدل التضخم ١٩٧٠-٢٠١٦



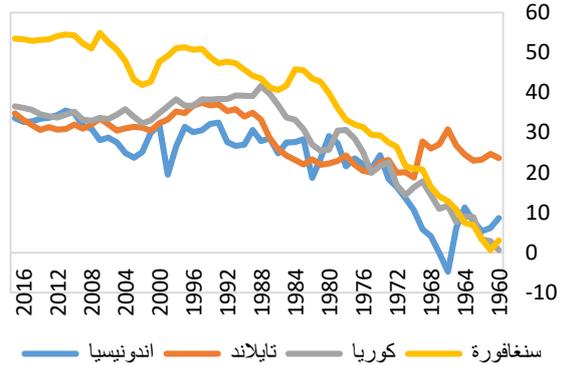
الشكل ١١: معدل البطالة



الشكل ١٤ . معدل الإستثمار



الشكل ١٣ : معدل الإدخار



المصدر: مؤشرات التنمية العالمية، البنك الدولي، ٢٠١٩.

٢ - سياسات سكانية فعالة: إيران

تمكنت إيران من تخفيض معدل الخصوبة بشكل جوهري من ٦,٥ طفل لكل سيدة في ١٩٨٠ إلى ٢,١ في ٢٠٠١ كما يتضح من الشكل ١٥، ويشير البنك الدولي إلى أن ذلك هو أسرع معدل انخفاض شهده العالم خلال فترة التسعينيات (World Bank 2010).

استطاعت إيران تحقيق ذلك الإنجاز على الرغم من (Clawson 2008):

- تدهور الظروف الاقتصادية بسبب حرب العراق التي استمرت من ١٩٨٠ حتى ١٩٨٨
- العقوبات الاقتصادية المفروضة على طهران منذ الثورة الإسلامية عام ١٩٧٩.
- ضعف البنية الإنتاجية وهشاشة البيئة الاقتصادية الكلية، إذ قامت حكومات الثورة المتعاقبة بالسيطرة على الاقتصاد وتأميم معظم البنوك والمؤسسات المالية وتحديد الأسعار بشكل جبري، كما أنها اعتمدت بشكل شبه كامل على قطاع البترول الذي شكل ٦٤% من إيرادات الحكومة عام ٢٠٠٤ وهو ما عزز حساسية الاقتصاد لأي تغيرات في أسعار النفط العالمية من ناحية وأفقده جاذبيته للاستثمارات الأجنبية من ناحية أخرى.
- ينعكس ذلك كله بوضوح في ارتفاع معدلات البطالة والتضخم وضعف الصادرات وتباطؤ نمو نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي بشكل مزمن منذ الثورة الإسلامية كما يتضح في الأشكال ١٥:١٩.

٢-١ عوامل نجاح التجربة الإيرانية

أشاد البنك الدولي بالتجربة الإيرانية، معتبرا إياها مثالا واضحا لقدرة السياسات العامة الجيدة في الصحة والتعليم على تخفيض معدل الخصوبة بشكل جوهري، إلا أن هذه السياسات لم تكن لتحقيق هذه النتائج دون

وجود أطر سياسية واجتماعية ودينية عززت من فاعليتها ونجاحها، وبشكل عام يمكن رصد عوامل نجاح التجربة الإيرانية في السيطرة على معدل الخصوبة على النحو التالي:

- الإرادة السياسية الجادة ومركزية دور الدين في المجتمع الإيراني، فأحكام الفقيه واجبة الاتباع والطاعة، وهي مقدمة على جميع الأحكام الشرعية الفرعية إذا تزامنت معها، وللولي الفقيه سلطات مطلقة في جميع شؤون الحكم وتعد صلاحياته هي صلاحيات الرسول نفسها، وهو ما يجعل أراءه مقدسة على المستوى الفردي من ناحية وأوامره واجبة التنفيذ على المستوى المؤسسي من ناحية أخرى. واستنادا إلى ذلك كرست إيران توظيف الدين في تنفيذ سياساتها الداخلية والخارجية منذ الثورة الإسلامية (مزامح ٢٠١٧).

ومن هذه السياسات تنظيم الأسرة، والذي روج له جميع الفقهاء في إيران بشكل مستمر منذ ١٩٨٩ وعلى رأسهم آية الله الخميني الذي أكد على أن تنظيم الأسرة يتفق مع تعاليم الإسلام التي تسعى إلى تحقيق رفاهية الفرد المسلم، وضمان استقلال وقوة إيران في مواجهة القوى الإمبريالية (Aghajanian 1998)، فكان لذلك أثرا بالغا في:

- إقبال الأفراد رجالا ونساء على استخدام الوسائل بما فيها التعقيم بعد أن أثبتت البحوث الإسلامية المتخصصة أنه لا يتعارض مع الإسلام ولا يمثل تغييرا لخلق الله نظرا لإمكانية استرجاع الخصوبة وبذلك يأخذ نفس حكم الوسائل المؤقتة.
- التزام جميع المؤسسات المعنية بتنفيذ البرنامج بشكل جاد، كوزارة الصحة، والتعليم والإرشاد الديني، وجميع وسائل الإعلام.
- توفير التمويل اللازم لتنفيذ أنشطة البرنامج التوعوية وتقديم خدمات تنظيم الأسرة بشكل مستدام.

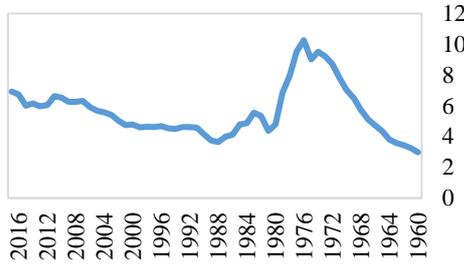
- أنشأت وزارة الصحة واحدا من أكثر النظم الصحية فاعلية وأقلها تكلفة في العالم النامي، ويمكن تلخيص أبرز ملامحه فيما يلي:

- بناء مرصد سكاني قوي يعتمد على نظام إحصائي يسمى **Vital horoscope**، حيث يقوم العاملين بالوحدات الصحية من خلاله بإجراء مسح سكاني شهري للمناطق التابعة لهم لرصد أهم المؤشرات الديمغرافية كمعدلات الأمية والبطالة والمواليد والوفيات واستخدام وسائل تنظيم الأسرة، وتعديل الخطط السكانية وفقا لذلك (Razavi et al 2009).

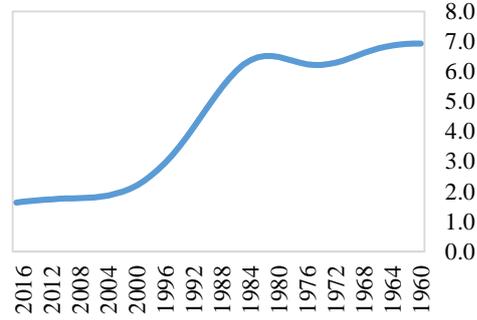
- مراعاة طبيعة المجتمع، وتعيين رجل وامرأة في كل وحدة صحية لضمان تقديم الخدمة لكل من الجنسين.

- بناء الثقة بين مقدم الخدمة والمستفيد، من خلال المناقشة الصريحة لجميع الآثار السلبية المحتملة وكيفية التعامل معها.
- اتباع نهج مبادر وإيجابي في تقديم الخدمة، بمعنى الوصول بالخدمة شهريا إلى منزل المستفيد إن لم يحضر للوحدة الصحية للحصول عليها (Alaeddini and López. 2015).
- تدشين برنامج قوي للتوعية الصحية والإنجابية، بمشاركة أئمة المساجد والجامعات والمدارس والوحدات الصحية ووسائل الإعلام والجيش والشركات العامة والخاصة.

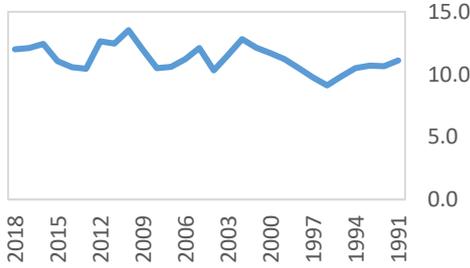
الشكل ١٦: نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي - إيران ١٩٦٠ - ٢٠١٧ بالآلاف دولار (أسعار ٢٠١٠)



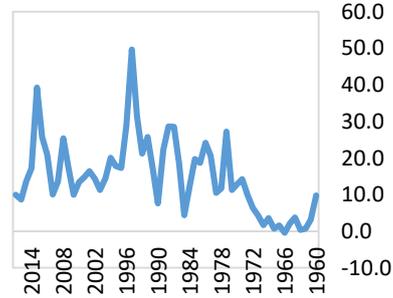
الشكل ١٥: معدل الخصوبة - إيران ١٩٦٠ - ٢٠١٧



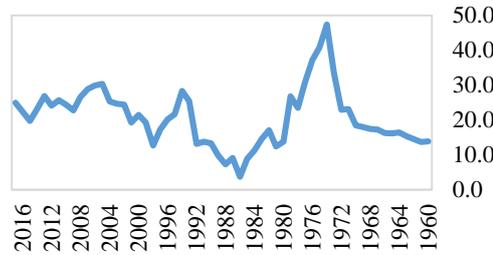
الشكل ١٨: معدل البطالة - إيران ١٩٩١ - ٢٠١٨



الشكل ١٧: معدل التضخم - إيران ١٩٦٠ - ٢٠١٦



الشكل ١٩: نسبة الصادرات السلعية من الناتج المحلي الإجمالي - إيران ١٩٦٠ - ٢٠١٦



المصدر: مؤشرات التنمية الدولية، البنك الدولي، ٢٠١٩.

رابعاً: عوامل النجاح المشتركة وكذلك العامل الأبرز في نجاح كل دولة على حده ومدى إمكانية تطبيقها في مصر

الجدول ١: عوامل نجاح الدول موضع المقارنة

الدولة	إرادة سياسية	سياسة سكانية		الحوافز الإيجابية والسلبية	تمويل	إطار مؤسسي قوي	مشاركة القطاع الأهلي	التنمية الاقتصادية والسياسات العامة الفعالة	توظيف الدين بفاعلية
		متكاملة	إجبارية						
الصين	√√	√			√	√		√	
اليابان							√	√√	
سنغافورة، كوريا، تايوان، تايلاند، اندونيسيا	√	√		√	√	√√	√	√	
إيران	√	√			√	√	√		√√

√ تشير إلى توافر عوامل النجاح.

√√ تشير إلى عامل النجاح الأبرز والأهم في كل تجربة

على الرغم من تباين مستوى التنمية الاقتصادية والخلفية الدينية والمساحة الجغرافية وطبيعة النظام السياسي من دولة لأخرى، استطاعت جميع الدول موضع الدراسة إنجاز التحول الديمغرافي والانتقال من معدلات خصوبة مرتفعة (٦ أطفال لكل سيدة في المتوسط) إلى معدلات تقل عن معدل الإحلال (١,٢ طفل لكل سيدة) في فترة وجيزة بلغت ٢٠ سنة تقريباً في معظم هذه الدول.

عوامل النجاح المشتركة بين الدول موضع الدراسة

بشكل عام يمكن القول إن جميع هذه الدول فيما عدا اليابان اشتركت في ضرورة توافر الإرادة السياسية والسياسة السكانية والتمويل والإطار المؤسسي وكذلك مشاركة القطاع الأهلي في تنفيذ الخطط والسياسات السكانية طوعية كانت أم إجبارية كما يتضح من الجدول ١، إلا أن ذلك وحده ليس كافياً لتحقيق تنمية اقتصادية حقيقية والتي تستلزم وجود سياسات عامة فعالة على المستويين القطاعي والكلبي وهو ما تميزت به دول شرق وجنوب شرق آسيا.

عامل النجاح الأبرز في كل تجربة على حده

- الصين: الإرادة السياسية وسلطة الحزب الواحد
- اليابان: التنمية الاقتصادية وعمليات التحديث والاهتمام بالعنصر البشري
- إيران: كان الدين هو السبب الرئيسي في نجاح التحول الديمغرافي
- سنغافورة، كوريا، إندونيسيا، تايوان وتايلاند: الإطار المؤسسي القوي ودمج السياسات السكانية في الخطط الخمسية للدولة

مدى إمكانية الاستفادة من التجارب الدولية وتطبيقها في الحالة المصرية

بشكل عام لا يمكن نقل تجربة دولة وتطبيقها بشكل كامل في دولة أخرى، ولكن يجب أخذ منها ما يتناسب مع طبيعة المجتمع المحلي وتكييفها لتلائم السياقات الاقتصادية والاجتماعية والسياسية والدينية الحاكمة.

الصين:

لا يمكن لمصر اتباع سياسة الزامية كالتى اتبعتها الصين كونها تنتهك حقوق الإنسان من ناحية وتتعارض مع طبيعة المجتمع الإسلامي من ناحية أخرى بالإضافة إلى إمكانية تخفيض معدلات الخصوبة دون الحاجة إليها كما فعلت باقي دول شرق آسيا، ناهيك عن اختلاف بنية النظام السياسي وطبيعة المؤسسات الحاكمة بشكل واضح بين البلدين.

اليابان:

إن عدم تبني أي سياسة سكانية تستهدف تخفيض معدل الخصوبة هو خيار غير متاح وغير ممكن بالنسبة إلى مصر، نظرا لأن اليابان استطاعت تحقيق نهضة اقتصادية واجتماعية في وقت مبكر من القرن العشرين، ومن ثم ارتفاع مستويات المعيشة وتمكين المرأة والاتجاه طواعية لتخفيض معدلات الخصوبة دون الحاجة إلى سياسة سكانية تستهدف ذلك، وهو ما لا يتوافر في الحالة المصرية.

إيران:

تختلف التجربة الإيرانية بوضوح عن التجربة المصرية. على خلاف إيران تتعدد الفرق والمذاهب الإسلامية في مصر ولا يوجد اجماع حول شخص واحد يتولى أمور الحكم وله منزلة تشابه منزلة الرسول كما في إيران.

دول شرق آسيا (كوريا - سنغافورة - تايوان - تايلاند - إندونيسيا):

تعد دول شرق آسيا نموذجا أمثلا للمزج بين السياسات السكانية والتنموية وتوظيف كل منهما بما يخدم الآخر، ويجب على مصر الاقتداء بها والاستفادة من تجربتها، وبعد تحليل عناصر النجاح في مصر في الجزء الثاني من هذه الدراسة يمكننا بناء عليه في الجزء الثالث الوقوف على أبرز الفروق بين التجربة المصرية وبين تجارب هذه الدول ومن ثم اقتراح أهم السياسات المكتملة التي يجب تبنيها في مصر.

الجزء الثاني: عوامل نجاح السياسة السكانية في مصر

يستعرض هذا الجزء تحليلاً تفصيلياً لتاريخ السياسة السكانية في مصر والإطار المؤسسي المسئول عن تنفيذها مقسماً إلى ست فترات زمنية، للوقوف على:

- مدى جودة السياسات السكانية في كل فترة زمنية، من حيث مدى دقتها وشمولها واحتوائها جميع الأبعاد الصحية والاقتصادية والاجتماعية وثيقة الصلة بالمشكلة السكانية.
- مدى نجاح السياسات في تحقيق أهدافها على أرض الواقع على صعيد كل بُعد من هذه الأبعاد.
- مدى قوة المجلس القومي للسكان في كل فترة، وهل تم تمكينه بالشكل الذي يؤهله للقيام بدوره المنوط به وهو وضع الخطط السكانية ومتابعة تنفيذها أم لا؟

١- الفترة الأولى (١٩٣٠-١٩٥٠)

الجدول ٢: تقييم أهم مؤشرات الأداء خلال الفترة الأولى

مدى جودة السياسات السكانية	لا يوجد سياسة سكانية
مدى نجاح السياسات في تحقيق أهدافها	لم يُنشأ بعد
مدى تمكين المجلس القومي للسكان	جهود المجتمع المدني إنشاء وزارة التضامن ١٩٣٩ وإسناد دراسة المشكلة السكانية إليها
جوانب القوة	عدم استجابة الدولة لتحذيرات المجتمع المدني
جوانب الضعف	

١-١ مدى جودة السياسات السكانية ونجاحها

انحصرت الجهود السكانية خلال تلك الفترة في صافرات الإنذار التي أطلقها المجتمع المدني متمثلاً في أساتذة الجامعات الذين حذروا من خطورة الزيادة السكانية وأن مصر مكتنظة بالفعل بسكانها حيث كان عدد السكان وقتها يتجاوز ١٦ مليون نسمة، في حين أن إمكانيات الدولة حينها لم تكن كافية لتحقيق مستوى معيشة مقبول سوى لـ ١٢ مليون فقط، مؤكداً على ضرورة تخفيض أعداد المواليد من خلال وسائل تنظيم الأسرة ورفع مستوى التعليم واستصلاح أراضي جديدة وتوطين الناس فيها (Robinson and El-Zanaty 2007).

١-٢ مدى تمكين المجلس القومي للسكان

على الرغم من قيام بعض الجمعيات الخيرية بتقديم خدمات تنظيم الأسرة بشكل طوعي خلال هذه الفترة، إلا أن هذه الجهود المبكرة لم تتحول إلى سياسة سكانية رسمية، ومع ذلك فقد أدت إلى تأسيس "مصلحة الفلاح" في منتصف ١٩٣٠، والتي تحولت في عام ١٩٣٩ إلى وزارة الشؤون الاجتماعية وأسند إليها دراسة المشكلة السكانية فور إنشائها (Saad-Eddin 2001)، إلا أن جميع هذه الجهود لم تتبلور في شكل

مؤسسي واضح. كما لم تحظ الزيادة السكانية خلال تلك الفترة بالاهتمام السياسي الكافي من الدولة، ولم تكن قد تبلورت أبعادها كمشكلة تهدد رفاهية المجتمع بعد.

٢- الفترة الثانية (١٩٥٠ - ١٩٧٠)

الجدول ٣: تقييم أهم مؤشرات الأداء خلال الفترة الثانية

مدى جودة السياسات السكانية	لا يوجد سياسة سكانية متكاملة التركيز على البعد العددي وتنظيم الأسرة فقط
مدى نجاح السياسات في تحقيق أهدافها	نجحت بسبب الحرب وليس جهود الحكومة
مدى تمكين المجلس القومي للسكان	ممكن نظريا وليس عمليا
جوانب القوة	تغير رؤية القيادة السياسية واقتناعها بخطورة الزيادة السكانية
جوانب الضعف	عدم الاستثمار بشكل كافي في البرامج السكانية بشكل عام وتنظيم الأسرة بشكل خاص

٢-١ مدى جودة السياسات السكانية ونجاحها

لم تشهد هذه الفترة وجود سياسة سكانية رسمية للدولة، وكان التركيز على البعد العددي فقط متمثلا في تنظيم الأسرة حيث قامت الحكومة عام ١٩٦٥ بوضع أول هدف لها في مجال السكان وهو " تخفيض معدل المواليد الخام بواحد في الألف سنويا"، وقد كان هدفا قائما بذاته ولم تكن أبعاد القضية السكانية قد تبلورت بشكل كامل بعد (Sayed 2011).

وتحقق ذلك الهدف بالفعل؛ حيث انخفض معدل الزيادة الطبيعية من ٢٥,٤ عام ١٩٦٦ إلى ٢٠ طفل لكل ألف نسمة في ١٩٧٠، أي أنه تم تحقيق 123% من المستهدف، وانخفض معدل النمو السكاني من ٢,٩% في ١٩٦٦ إلى ٢,٢% في ١٩٧١ (الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء ١٩٨٠).

إلا أن هذا الانخفاض لم يكن مقصودا أو ناتجا عن سياسة سكانية وضعتها الدولة وتولت تنفيذها، ولكن نتيجة حشد حوالي مليون جندي في منطقة القناة للحرب بالإضافة إلى فتح باب الهجرة للخارج في مطلع السبعينيات (Ibrahim 2001).

٢-٢ مدى تمكين المجلس القومي للسكان (الملحق ٢)

أنشئ المجلس الأعلى لتنظيم الأسرة عام ١٩٦٥، وقد حصل المجلس على التمكين اللازم فور إنشائه من خلال تبيعه لرئيس مجلس الوزراء، وتفويضه في وضع تخطيط شامل لبرامج تنظيم الأسرة بالجمهورية والإشراف على تنفيذها ومتابعتها وتقويمها وتنظيم التعاون بين الجهات المعنية بالتنفيذ كما كانت قرارات المجلس نهائية ونافاذة قبل جميع الوزارات والجهات المعنية.

كانت الحكومة ترى أن الزيادة السكانية ميزة وليس عبئاً في بداية هذه الفترة كونها تعطي ثقلاً أكبر للدولة في محيطها الإقليمي والدولي، كما كانت ترى أن تحقيق التنمية الاقتصادية والاجتماعية وحده سيعمل على خفض معدل نمو السكان تلقائياً، وبناء عليه تم تحويل اللجنة القومية لشئون السكان إلى جمعية أهلية باسم "الجمعية المصرية لتنظيم الأسرة"، والتي على الرغم من حصولها على دعم الحكومة إلا أن كونها جمعية أهلية أفقدها قدرتها على وضع أي سياسة سكانية رسمية (Robinson and El-zanaty 2007).

ويعد تحول رؤية الحكومة تجاه القضية السكانية بعد الاقتناع بأراء عدد من أساتذة الجامعة والباحثين المتخصصين، أحد أهم التطورات في ملف السكان خلال هذه الفترة، وهو ما انعكس جلياً في إصدار ميثاق العمل الوطني في عام ١٩٦٢ والذي أكد على أن تسارع النمو السكاني يشكل أحد أهم العوائق أمام رفع مستويات المعيشة، وبناء عليه تم وضع أول هدف في مجال السكان عام ١٩٦٥ وهو نفس العام الذي تأسس فيه المجلس الأعلى لتنظيم الأسرة والسكان كما أشرنا أعلاه.

٣- الفترة الثالثة (١٩٧٠-١٩٨٠)

الجدول ٤: تقييم أهم مؤشرات الأداء خلال الفترة الثالثة

مدى جودة السياسات السكانية	١٩٧٣: وضع سياسة سكانية لأول مرة بأهداف عامة غير كمية ١٩٧٥: تم تعديلها لتصبح أكثر دقة وشمولاً بمحاور واضحة وأهداف كمية محددة
مدى نجاح السياسات في تحقيق أهدافها	لم تنجح، وارتفع معدل نمو السكان خلال هذه الفترة
مدى تمكين المجلس القومي للسكان	ممكن نظرياً وليس عملياً
جوانب القوة	تحسن المؤشرات الصحية وأهمها معدلات الوفيات
جوانب الضعف	عدم توافر الإرادة السياسية الداعمة ومن ثم عدم الاستثمار بشكل كافي في تنظيم الأسرة عدم التنسيق الفعال بين الجهات المعنية

٣-١ مدى جودة السياسات السكانية ونجاحها

تم رسم أول سياسة قومية للسكان في مصر عقب حرب ١٩٧٣ مباشرة، وانصب تركيزها بشكل أساسي على تخفيض معدل المواليد الخام بواحد في الألف كل عام من خلال رفع معدل استخدام وسائل تنظيم الأسرة للسيطرة على معدل الخصوبة، مؤكدة على أن الطلب على خدمات تنظيم الأسرة يتوقف على عدد من المتغيرات الاقتصادية والاجتماعية "مستوى المعيشة، التعليم، مكانة المرأة وعملها خارج الزراعة والأعمال المنزلية، مد مظلة برامج الأمان الاجتماعية" (Sayed 2011). في عام ١٩٧٥، تم تعديل السياسة السكانية لتصبح أكثر وضوحاً ودقة ولتركز على أربعة أبعاد رئيسية للمشكلة السكانية في مصر وهي: (أ)

تسارع معدل النمو^٥ (ب) اختلال الهيكل العمري^٦ (ت) اختلال توزيع السكان على ٤-٥% فقط من مساحة مصر (ث) ضعف خصائص السكان.^٧

وعلى الرغم من دقة الأهداف الموضوعية وجودتها منذ عام ١٩٧٥ إلا أن الدولة لم تنجح في تخفيض معدل المواليد وكان الإنجاز سالباً، أي أن معدلات المواليد في ١٩٨٢ كانت أعلى من المستهدف لذلك العام بل وأعلى من القيم المشاهدة في ١٩٧٣ ولم تنجح الدولة بشكل جوهري سوى في تخفيض معدل الوفيات كما يتضح من الجدول (٥).

كما لم تشهد هذه الفترة أيضاً تحسناً ملموساً في الأبعاد الاقتصادية والاجتماعية، خاصة تلك المتعلقة بتمكين المرأة وتحسين خصائص السكان.

الجدول ٥: الأهداف الكمية للسياسة السكانية (١٩٧٣-١٩٨٢) والمتحقق منها

المتغير	القيم المشاهدة عام ١٩٧٣	القيم المستهدفة عام ١٩٨٢	القيم المتحققة عام ١٩٨٢	الإنجاز كنسبة من المستهدف ^٨
معدل النمو السكاني (%)	٢,٠٦	١,٠٦	٢,٥	٤٤- %
معدل المواليد الخام (في الألف)	٣٣,٦	٢٣,٦	٣٦,٢	٢٦- %
معدل الوفيات (في الألف)	١٤,٢	١٣	١٠	٣٥٠ %
معدل وفيات الرضع (في الألف)	١١٩	٨٠	٧٠	١٢٦ %
نسبة سكان الحضر (%)	٤٢	٤٧	٤٣,٦	٣٢ %
نسبة سكان الريف (%)	٥٨	٥٣	٥٦,٤	٣٢ %
نسبة مساهمة المرأة في قوة العمل	٧	٢٠	٩	١٥ %
نسبة انتشار وسائل تنظيم الأسرة (%)	١٢,٧	٤٠	٣٠,٣	٦٤ %

المصدر: المركز الديمغرافي بالقاهرة ٢٠٠٣، الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء ١٩٧٦ وحسابات الباحث.

٣-٢ مدى تمكين المجلس القومي للسكان (الملحق ٢)

في عام ١٩٧٢ تم تغيير اسم المجلس الأعلى لتنظيم الأسرة ليصبح المجلس الأعلى لتنظيم الأسرة والسكان، مما يعكس اتساع النظر للقضية السكانية وعدم حصرها في بعد تنظيم الأسرة فقط، وفي نفس العام انتقلت تبعية المجلس مرتين احدهما إلى نائب رئيس مجلس الوزراء، والثانية عودته إلى تبعية رئيس مجلس الوزراء مرة أخرى، كما تم تدعيم قدرات المجلس الفنية من خلال تفويضه في تكوين جهاز داخلي يسمى جهاز تنظيم الأسرة لمعاونة المجلس في أداء مهامه البحثية والتنفيذية والمالية والإدارية.

^٥ تضاعف عدد سكان مصر لأول مرة في القرن العشرين في ٥٠ سنة ليرتفع من ٩,٦ مليون نسمة في عام ١٨٩٧ إلى ١٩ مليون نسمة في عام ١٩٤٧، ثم تضاعف مرة أخرى خلال ٢٩ عاماً فقط مسجلاً ٣٧ مليون نسمة عام ١٩٧٦ (الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء ١٩٧٠)

^٦ ارتفاع نسبة الأطفال في الهيكل السكاني ومن ثم زيادة العبء على المجتمع، كونها فئة معالة ومستهلكة وتستحوذ على جزء كبير من موارد المجتمع لتوفير ما يلزمها من غذاء وصحة وتعليم

^٧ ارتفاع نسبة الأمية والبطالة، وارتفاع معدل وفيات الرضع والأطفال، وانخفاض العمر المتوقع عند الميلاد

^٨ مستوى الإنجاز = (القيم المتحققة عام ١٩٨٢ - القيم المشاهدة عام ١٩٧٣) \ (القيم المستهدفة عام ١٩٨٢ - القيم المشاهدة عام ١٩٧٣)

٣-٣ جوانب القوة والضعف

تعد بلورة أبعاد المشكلة السكانية في مصر بشكل واضح عام ١٩٧٥ أحد أهم التطورات خلال تلك الفترة، ولكن لم تهتم الحكومة بشكل كافي بملف السكان، بالإضافة إلى عدم التنسيق الفعال بين جميع الجهات المعنية بالملف، فعلى الرغم من وجود كيان مسئول عن السكان خلال تلك الفترة برئاسة رئيس مجلس الوزراء إلا أنه لم يتم تفعيل سلطاته على أرض الواقع، كما لم يتم تخصيص التمويل الكافي للاستثمار في تنظيم الأسرة.

٤- الفترة الرابعة (١٩٨٠ - ١٩٩٦)

الجدول ٦: تقييم أهم مؤشرات الأداء خلال الفترة الرابعة

مدى جودة السياسات السكانية	١٩٨٦: وضع سياسة سكانية شاملة تيعها مجموعة من الخطط التنفيذية بأهداف كمية محددة ومفصلة لجميع محاور القضية السكانية
مدى نجاح السياسات في تحقيق أهدافها	نجحت على صعيد محور تنظيم الأسرة والصحة الإنجابية فقط
مدى تمكين المجلس القومي للسكان	ممکن نظرياً وعملياً
جوانب القوة	تحقيق المستهدفات الصحية قبل ميعادها قوة الدعم السياسي توافر التمويل اللازم اشراك المجتمع المدني
جوانب الضعف	ضعف الإنجاز على صعيد المحاور التنموية كالتعليم والبطالة وتمكين المرأة وتوزيع السكان

٤-١ مدى جودة السياسات السكانية ونجاحها

نضج الفكر السكاني خلال هذه الفترة واكتمل بناؤه بشكل واضح، ففي عام ١٩٨٦ أطلقت الأمانة الفنية بالمجلس القومي للسكان سياسة سكانية أكدت على العديد من الأبعاد الإضافية للمشكلة السكانية، كان أهمها حرية الأسرة في اختيار العدد المناسب من الأطفال، وأهمية الالتزام الطوعي بأهداف السياسة السكانية وعدم استخدام القهر أو الأساليب العقابية. وقد جاءت هذه السياسة مشفوعة بعدد من الاستراتيجيات الخمسية والخطط التنفيذية التي احتوت على أهداف كمية مفصلة لجميع الأبعاد ذات الصلة بالقضية السكانية (المجلس القومي للسكان ١٩٨٤).

وعلى مستوى التطبيق العملي والنتائج الفعلية على أرض الواقع فقد كانت قوية، وتم تحقيق المستهدفات قبل ميعادها بالنسبة لجميع مؤشرات الصحة الإنجابية (معدل استخدام وسائل تنظيم الأسرة، معدل الخصوبة، معدلات المواليد... إلخ) كما يتضح من الجدول (٧).

الجدول ٧: مؤشرات الأهداف الكمية للسياسة القومية للسكان (المستهدف-المتحقق) (١٩٩٦-١٩٨٧)

الإنجاز كنسبة من المستهدف ^٩	١٩٩٦		١٩٩١		القيم المشاهدة (١٩٨٧)	المؤشرات
	المتحقق	المستهدف	المتحقق	المستهدف		
	خفض معدل الخصوبة الكلي					
%٥٥٠	٢٧,٧	٣٥,٣١	٢٩,٢	٣٤,٧	٣٧	معدل المواليد الخام (في الألف)
%١٨٧	٢,١٤	٢,٤	٢,٢٣	٢,٦	٢,٧	معدل الزيادة الطبيعية (%)
%١٨٩	٣,٦ (٣)	٤,٤	٤,٤ (١)	٤,٩	٥,٣	معدل الخصوبة الكلي (طفل لكل سيدة)
	رفع معدل استخدام وسائل تنظيم الأسرة					
%١٢٧	٤٧,٩ (٣)	٤٣	٣٧,٨ (١)	٣٦	٢٥	معدل استخدام وسائل تنظيم الأسرة
	الارتقاء بالخصائص السكانية					
%٥٥	٣٨,٦	٣٠	٤٩,٦ (٤)	٤٠	٤٩	الأمية (%)
%١٨٣	٢٢	١٧	١٠,٩ (٤)	١٤	١١	مساهمة المرأة في قوة العمل (%)
	رعاية الطفولة					
%١٣٧	29	40	36	50	70	معدل وفيات الرضع (في الألف)
%٧١	7	5	5.9	8	12	معدل وفيات الأطفال أقل من خمس سنوات (في الألف)

المصدر: المركز الديمغرافي بالقاهرة ٢٠٠٣، وحسابات الباحث.

(١) عام ١٩٨٨ (٢) عام ١٩٩٢ (٣) عام ١٩٩٥ (٤) عام ١٩٩٨

٤-٢ مدى تمكين المجلس القومي للسكان (الملحق ٢)

كانت هذه الفترة هي أقوى فترات المجلس القومي للسكان على الإطلاق، حيث كان تابعا لرئيس الجمهورية مباشرة وبعضوية الوزراء المعنيين خلال الفترة ١٩٨٥ - ١٩٨٨، وتوسعت اختصاصاته ليتولى ليس فقط التخطيط الشامل للبرامج السكانية ولكن أيضا دمجها في الخطط التنموية للدولة، كما كانت قراراته نافذة وملزمة لجميع الوزارات والجهات المعنية، وتم تدعيم قدرات المجلس الفنية من خلال إنشاء لجنة تنظيمية وأمانة فنية قوية.

٤-٣ جوانب القوة والضعف

- وجود أهداف كمية واضحة تغطي جميع أبعاد المشكلة السكانية.
- توافر التمويل اللازم، تم الاعتماد بشكل أساسي على تمويل الوكالة الأمريكية للتنمية الدولية وصندوق الأمم المتحدة للسكان خلال تلك الفترة لتمويل البرامج السكانية خاصة تنظيم الأسرة،

^٩ مستوى الإنجاز = (القيم المتحققة عام ١٩٩٦ - القيم المشاهدة عام ١٩٨٧) \ (القيم المستهدفة عام ١٩٩٦ - القيم المشاهدة عام ١٩٨٧)

فقد مولت الجهات المانحة ٥٣% من الإنفاق على تنظيم الأسرة في مصر في ١٩٩٧ - ١٩٩٨ (Moreland 2000).

- توافر الإرادة السياسية، التي تجلت في دعوة رئيس الجمهورية إلى عقد المؤتمر القومي للسكان.
- وجود إطار مؤسسي ممكن ومستقل.
- اللامركزية في التنفيذ.
- تكثيف الحملات الإعلانية وحملات تنظيم الأسرة بجميع أشكالها.
- بروز دور القطاع الأهلي.

وعلى الرغم من ذلك لم تخلو هذه الفترة من بعض مواطن الضعف؛ حيث لم تشهد مؤشرات البطالة والامية والبيئة وتوزيع السكان تحسنا ملموسا، بالإضافة إلى اختزال الحملات الإعلانية في التوعية بتنظيم الأسرة فقط وقصرها على النساء دون الرجال.

٥- الفترة الخامسة (١٩٩٦-٢٠١٤)

الجدول ٨: تقييم أهم مؤشرات الأداء خلال الفترة الخامسة

٢٠٠١: أصبحت السياسة السكانية أكثر قوة بعد تعديلها لتأخذ في اعتبارها مشكلة تباين المؤشرات السكانية بين مناطق الجمهورية.	مدى جودة السياسات السكانية
١٩٩٦ - ٢٠٠٨: ضعف وتباطؤ الإنجاز ٢٠٠٨ - ٢٠١٤: ارتفاع معدلي الخصوبة ونمو السكان وتراجع معدلات استخدام الوسائل	مدى نجاح السياسات في تحقيق أهدافها
غير ممكن	مدى تمكين المجلس القومي للسكان
-----	جوانب القوة
ضعف التمويل عقب انسحاب التمويل الخارجي ضعف الدعم السياسي ضعف الإطار المؤسسي	جوانب الضعف

٥-١ مدى جودة السياسات السكانية ونجاحها

في ٢٠٠١، تم تعديل السياسة السكانية مرة أخرى لتأخذ في اعتبارها مشكلة تباين المؤشرات السكانية بين مناطق الجمهورية، وتؤكد على ضرورة الوصول بمعدل الخصوبة إلى معدل الإحلال (٢,١) بقدم ٢٠١٧ كهدف رئيسي لتلك الفترة وما يليها.

شهدت هذه الفترة تباطؤا ملحوظا في جميع المؤشرات ذات الصلة بالقضية السكانية حتى عام ٢٠٠٨، ثم بدأت العديد من المؤشرات في التدهور حتى ٢٠١٤ كما يتضح من الجدول (٩).

الجدول ٩: المستهدف والمتحقق على صعيد عدد من المؤشرات الديمغرافية

المؤشرات	المشاهد في ١٠٢٠٠٣	المستهدف ٢٠٠٧	المشاهد في ٢٠٠٨	نسبة الإنجاز في ١١٢٠٠٨	المستهدف ٢٠١٢	المشاهد في ٢٠١٤	نسبة الإنجاز في ١٢٢٠١٤
معدل المواليد الخام لكل ألف من السكان	٢٦,٢	٢٤,٦	٢٧,٣	* - %٦٩	٢١,٣	٣١,٣	* - %٦٧
استخدام وسائل تنظيم الأسرة (%)	٦٠	٦٣,١	٦٠,٣	%١٠	٦٧,١٢	٥٨,٥	* - %٢٦
معدل الخصوبة الكلي	٣,٢	٢,٩٢	٣	%٧١	٢,٥١	٣,٥	* - %١٠٢
وفيات الأمهات لكل ١٠٠ ألف مولود حي	٦٢	٦٥,٩	٦٥	%٧٧	٥٢,٩	٥٢	%١٠٧

المصدر: المركز الديمغرافي بالقاهرة ٢٠٠٣، المسح الصحي للسكان ٢٠٠٨ و ٢٠١٤. (* تعني تدهور الأوضاع مقارنة بسنة الأساس).

٢-٥ مدى تمكين المجلس القومي للسكان (الملحق ٢)

تدهورت أوضاع المجلس القومي للسكان بشكل واضح خلال تلك الفترة، حيث قام رئيس مجلس الوزراء بإصدار القرار رقم ٣٢ لعام ١٩٩٦ والذي تم بمقتضاه تقليص اختصاصات المجلس وقصرها على إجراء الدراسات والبحوث السكانية فقط ورفع التقارير إلى مجلس الوزراء.

وبعد أن كانت قرارات المجلس ملزمة ونافذة تجاه جميع الوزارات والمؤسسات والهيئات ذات الصلة بالقضية السكانية منذ إنشائه، سُلِب المجلس سلطته الإلزامية عام ١٩٩٦ ولم تعد قراراته نافذة ونهائية قبل جميع الجهات والوزارات المعنية حتى يومنا هذا ولم تعد هذه الجهات ملتزمة سوى بتزويد المجلس بما يطلبه من تقارير أو بيانات أو إحصاءات تتصل بنشاطه.

وبداية من عام ٢٠٠٢ أصبح المجلس تابعا لوزير الصحة والسكان منذ عام ٢٠٠٢ حتى الآن وهو ما أفقده استقلالته وقدرته على المتابعة والتقييم. كما أصبحت عضوية المجلس لممثلين عن الوزراء وليس الوزراء أنفسهم، وهو ما يؤدي إلى تعطيل اتخاذ القرارات الهامة لحين العرض على الوزير المختص.

٣-٥ جوانب القوة والضعف (أسباب تباطؤ الإنجاز خلال هذه الفترة)

يمكن أن يُعزى تباطؤ الإنجاز خلال الفترة ٢٠٠٠-٢٠٠٨ ثم اتخاذه مسار عكسي بعد ذلك إلى ضعف المجلس القومي للسكان، فضلا عن ضعف التمويل مع انسحاب تمويل الوكالة الأمريكية للتنمية الدولية في ٢٠٠٩، وقد أثر انسحابها بشكل كبير على أداء البرنامج بشكل عام وعلى أنشطة التدريب والمتابعة والتقييم على وجه خاص، بالإضافة إلى تراجع دور القطاع الأهلي والتضييق عليه وتراجع أداء حملات التوعية

^{١٠} تم الاعتماد على النسب المتحققة في ٢٠٠٣ نظرا لأنها الأساس الذي وضعت بناء عليه مستهدفات عام ٢٠٠٧.
^{١١} نسبة الإنجاز = (المشاهد في ٢٠٠٨ - المشاهد في ٢٠٠٣) \ (المستهدف في ٢٠٠٧ - المشاهد في ٢٠٠٣)
^{١٢} نسبة الإنجاز = (المشاهد في ٢٠١٤ - المشاهد في ٢٠٠٨) \ (المستهدف في ٢٠١٢ - المشاهد في ٢٠٠٨)

السكانية الإعلامية والمباشرة، وكذلك ضعف الإرادة السياسية بعد نقل تبعية المجلس إلى رئيس الوزراء ومنه إلى وزير الصحة، ثم بعد ذلك عدم استقرار النظام السياسي بشكل عام منذ يناير ٢٠١١ حتى ٢٠١٤.

٦ - الفترة السادسة (٢٠١٤ - ٢٠١٩)

الجدول ١٠: تقييم أهم مؤشرات الأداء خلال الفترة السادسة والأخيرة

مدى جودة السياسات السكانية	٢٠١٥: وضع استراتيجية سكانية قوية ولكن كانت الخطة التنفيذية ضعيفة
مدى نجاح السياسات في تحقيق أهدافها	لا يوجد بيانات
مدى تمكين المجلس القومي للسكان	غير ممكن
جوانب القوة	نص الدستور لأول مرة على التزام الدولة بوضع برنامج سكاني
جوانب الضعف	ضعف الإطار المؤسسي وعدم التنسيق بين الجهات المعنية عدم وجود بيانات كافية يمكن الاعتماد عليها في تقييم الموقف التنفيذي للاستراتيجية

٦-١ مدى جودة السياسات السكانية ونجاحها

نص دستور ٢٠١٤ لأول مرة في المادة ٤١ منه على التزام الدولة بتنفيذ برنامج سكاني يهدف إلى تحقيق التوازن بين معدلات النمو السكاني والموارد المتاحة، وتعظيم الاستثمار في الطاقة البشرية وتحسين خصائصها، وذلك في إطار تحقيق التنمية المستدامة.

وفي نوفمبر ٢٠١٤ قام رئيس الوزراء بإطلاق الاستراتيجية القومية للسكان والتنمية، وترتكز الاستراتيجية على خمسة محاور أساسية هي: تنظيم الأسرة والصحة الإنجابية، الإعلام السكاني، التعليم، الشباب، وتمكين المرأة، وقد تضمنت الخطة التنفيذية مستهدفات كمية محددة لعامي ٢٠٢٠ و ٢٠٣٠.

لا توجد بيانات كافية يمكن من خلالها تقييم هذه الفترة بشكل دقيق خاصة فيما يتعلق بأداء المؤشرات الصحية والإنجابية كالخصوبة وتنظيم الأسرة حيث إن أحدث بيانات متاحة هي بيانات المسح الصحي للسكان ٢٠١٤، كما أن مستوى الإنجاز المتحقق في تنفيذ محاور الاستراتيجية غير معلوم بشكل دقيق حتى الآن، وجاري العمل على تقييم الموقف التنفيذي للاستراتيجية القومية للسكان في وقت إعداد هذه الدراسة من قبل المجلس القومي للسكان بالتعاون مع صندوق الأمم المتحدة للسكان.

إلا أن المتاح من بيانات التعداد العام للسكان وبيانات الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء تشير إلى تحسن معدل الأمية بشكل طفيف للغاية في ٢٠١٧ مقارنة ب ٢٠٠٦، كما لا يوجد تحسن جوهري في معدلات تشغيل الإناث.

٦-٢ مدى تمكين المجلس القومي للسكان (الملحق ٢)

يظل تدهور أوضاع المجلس مستمرا على نحو ما أشرنا إليه في تقييم الفترة السابقة، بالإضافة إلى معاناة المجلس من ضعف داخلي يحد من قدرته على القيام بمهامه المنوطة به بفاعلية (المجلس القومي للسكان ٢٠١٦)، حيث يعتمد نظام المتابعة والتقييم به على مؤشرات كمية ترصد مدى إجراء أو عدم إجراء الأنشطة

المخطط لها، بغض النظر عن فاعلية وجودة تنفيذ هذه الإجراءات، كما يتم تطوير الخطط سنويا من قبل أعضاء المجالس الإقليمية على أساس روتيني وغالبا ما تشمل أنشطة غير ذات صلة بالسكان، وغير متكاملة مع الخطط المركزية للمجلس مما نتج عنه خطط غير مرتبطة بالقضايا والأهداف السكانية.

كما أدى عدم مشاركة ممثلي المديريات في المحافظات في وضع الخطة التنفيذية للاستراتيجية القومية للسكان، إلى بقاء العديد من الأنشطة التي يتم تنفيذها على مستوى المحافظات غير متوافقة مع الاستراتيجية القومية للسكان، وظلت الأنشطة روتينية وتقليدية ومماثلة لتلك التي أجريت في السنوات السابقة، بالإضافة إلى ضعف التنسيق بين إدارات المجلس كالتخطيط والمتابعة والتقييم.

كما يعاني المجلس من تناقض البيانات التي يحصل عليها من مراكز المعلومات بالمحافظات والوزارات والمديريات، وكذلك تناقضها بين الوحدات المختلفة داخل المصدر نفسه. وتعمل قاعدة بيانات المركز القومي للسكان باستخدام نظام ويندوز إكس بي بينما تعمل فروع المجلس على نظام دوس، اللذان لا يتوفر لهما أي دعم حاليا، وتوفر قاعدة البيانات جداول فقط، وغير مجهزة لإنتاج الاتجاهات والخرائط، وهي غير متوافقة مع الاستراتيجية القومية للسكان كونها لا تستطيع قياس مؤشرات ومحاور الاستراتيجية القومية للسكان مما يعيق قياس التقدم والإنجازات المتحققة.

٦-٣ جوانب القوة والضعف

تم اتخاذ عدة خطوات إيجابية خلال تلك الفترة، أهمها الانتهاء من الإعداد العلمي والفني للمرصد القومي للسكان (نوفمبر ٢٠١٦) وتوفير الميزانية اللازمة لإنشائه من وزارة التخطيط (٧,٧ مليون جنيه) إلا أن تنفيذ المرصد لم يتم بشكل فعلي حتى الآن.

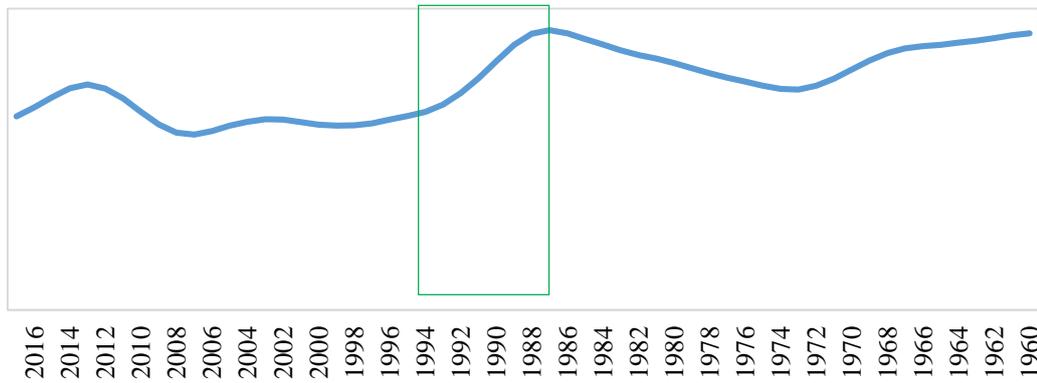
كما تم إنتاج وتوزيع دليل للإعلاميين حول أهم الرسائل السكانية وتدريب مجموعات منهم في ورش عمل، وإعداد دليل صحة الأم والطفل لتوعية الأمهات باللغة العامية، وكذلك إنتاج وبث إذاعي لـ ٩٠ رسالة توعوية متكاملة تتضمن كافة المفاهيم السكانية.

إلا أن تنفيذ الاستراتيجية قد شابه بعض أوجه القصور خلال تلك الفترة والتي تضمنت عدم رصد التمويل الكافي لمعظم أنشطة الاستراتيجية القومية للسكان، وضعف المستهدفات الموضوعية بالخطة التنفيذية، والتأخر في إعداد خطط السكان اللامركزية، وكذلك عدم انتظام اجتماعات التنسيق: حيث بلغ معدل انعقاد الاجتماعات التنسيقية ٢٠% من المستهدف في الأمانة الفنية بالمجلس في ٢٠١٧/٢٠١٨.

الجزء الثالث: تقييم تناول مصر لملف السكان ومدى توافقه مع عناصر النجاح في الدول الأخرى

بنتبع التطور التاريخي للمشكلة السكانية في مصر منذ ثلاثينيات القرن الماضي حتى ٢٠١٩ يتضح تركيز الجهود السكانية بشكل شبه كامل على المحور العددي فقط. وبالرغم من ذلك لم تستطع الحكومة تحقيق إنجاز جوهري مقصود على صعيد هذا المحور سوى خلال الفترة ١٩٨٦ - ١٩٩٣، كما يتضح من الشكل ٢٠، فعلى الرغم من تراجع معدل النمو السكاني بشكل طفيف في أواخر الستينيات إلا أنه لم يكن نتاج سياسة سكانية وضعتها الدولة وتولت تنفيذها ولكن بسبب حشد الجنود للحرب في منطقة القناة.

الشكل ٢٠: معدل النمو السكاني في مصر ١٩٦٠-٢٠١٦



المصدر: مؤشرات التنمية الدولية، البنك الدولي، ٢٠١٩.

عوامل النجاح في تخفيض معدل النمو السكاني في مصر خلال الفترة ١٩٨٦ - ١٩٩٣

تبقى الفترة ١٩٨٦ - ١٩٩٣ هي الفترة الوحيدة التي أخذت الدولة على عاتقها فيها العمل على تخفيض معدل نمو السكان بشكل جاد ونجحت في ذلك بالفعل، ومن خلال تحليل عوامل النجاح والإخفاق في كل مرحلة على حده في الجزء الثاني من هذه الدراسة، يمكن القول بأن هذا النجاح المؤقت كان مرهونا بتوافر أربعة عناصر مجتمعة وهي:

- الإرادة السياسية
- سياسة سكانية شاملة بأهداف كمية محددة
- قوة واستقلال واستقرار الإطار المؤسسي المعني بملف السكان

^{١٣} على سبيل المثال لا الحصر، كان مخططا تخفيض معدل الأمية إلى الصفر في ٢٠١٧ وفقا لأحدث استراتيجية سكانية تم وضعها قبل عام ٢٠١١، إلا أنه مازال ٢٥,٨% الشعب المصري ممن هم فوق العشر سنوات لا يقرأون ولا يكتبون وفقا لتعداد ٢٠١٧ مقارنة بـ ٢٩,٧% في ٢٠٠٦، أي أن مصر تحتاج حوالي ٧٣ عام للقضاء على الأمية إذا استمر ذلك المعدل، كما أن هناك فجوة واضحة في معدلات الأمية بين أقاليم الجمهورية، ففي حين بلغ معدل الأمية بين الإناث ٤٥,٤% في محافظة المنيا فقد سجل ١,٨% في محافظة القاهرة (الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء ٢٠١٧). أما بالنسبة إلى اختلال توزيع السكان، فبالرغم من إنشاء المجتمعات العمرانية الجديدة عام ١٩٧٩ لإخراج السكان من ضيق الوادي إلى سعة الصحراء، إلا أنه بعد مرور حوالي ٤٥ سنة على إنشاء أول مدينة جديدة وهي العاشر من رمضان وما تلاها من إنشاء ما يزيد عن ٣٠ مدينة جديدة أخرى، لم تجتذب هذه المدن سوى ٢% من إجمالي سكان مصر وفقا لتعداد ٢٠١٧ وكان من المفترض أن تكون هذه النسبة ١٠%.

توفير الموارد المالية اللازمة لتقديم خدمات تنظيم الأسرة سواء تقديم الخدمة من خلال العيادات الثابتة والمتحركة أو تدشين حملات التوعية

الشكل ٢١: تحليل تاريخي لأهم محطات النمو السكاني في مصر والعوامل المؤثرة فيه



لماذا يجب توافر العوامل الأربعة مجتمعة؟

أثبتت التجربة العملية منذ الستينيات أن غياب أي عنصر من العناصر السابقة سيجعل البرامج السكانية إما عرضه لعدم النجاح بشكل تام أو لتحقيق نتائج ضعيفة.

لقد كان هناك سياسة سكانية منضبطة منذ السبعينيات، وكيان مؤسسي قوي (على الأقل نظريا) وهو المجلس الأعلى لتنظيم الأسرة والسكان برئاسة رئيس مجلس الوزراء، ولكن نظرا لعدم توافر الإرادة السياسية وضعف التمويل لم يمارس المجلس صلاحياته وبالتالي لم تترجم السياسة السكانية إلى واقع عملي.

وعندما اجتمعت السياسة السكانية المنضبطة مع الإطار المؤسسي القوي (المجلس القومي للسكان برئاسة رئيس الجمهورية) مع الإرادة السياسية وتوفير التمويل اللازم من خلال المانحين والموازنة العامة، كانت النتائج المتحققة خلال الفترة (١٩٨٦ - ١٩٩٣) قوية على صعيد المؤشرات الإيجابية والصحية.

وبمجرد حصر اختصاصات المجلس في إجراء البحوث السكانية وانتقال تبعيته إلى وزير الصحة والسكان في عام ٢٠٠٢، بدأ يتباطأ الإنجاز المتحقق في جميع المؤشرات السكانية بشكل ملحوظ؛ رغم توافر العناصر الثلاثة الأخرى، ومع تراجع تمويل الوكالة الأمريكية للتنمية الدولية بحلول ٢٠١٠، بدأ التحسن يتوقف تماما في جميع المؤشرات ذات الصلة بالصحة الإنجابية، وبعد ٢٠١١ فقدنا الإرادة السياسية، وبقيت

^{١٤} أهم هذه المؤشرات، معدل الأمية، ومعدل الخصوبة، معدل نمو السكان، ومعدل استخدام وسائل تنظيم الأسرة.

وثيقة السياسة السكانية منفردة دون إطار مؤسسي أو إرادة سياسية أو تمويل، فبدأت معظم المؤشرات تتدهور وارتفع معدل الخصوبة والنمو السكاني من جديد.

إلى أي مدى تتوافق عوامل النجاح في مصر مع تجارب الدول الأخرى؟

الجدول ١١: عوامل نجاح السياسة السكانية في مصر مقارنة بالدول الأخرى

الدولة	إرادة سياسية	سياسة سكانية متكاملة	الحوافز الإيجابية والسلبية	تمويل	إطار مؤسسي قوي	مشاركة القطاع الأهلي	التنمية الاقتصادية والسياسات العامة الفعالة	سياسة تنظيم أسرة إجبارية	توظيف الدين بفاعلية
الصين	√√			√	√		√	√	
اليابان						√	√√		
سنغافورة، كوريا، تايوان، تايلاند، اندونيسيا	√	√	√	√	√√	√	√		
إيران	√	√		√	√	√			√√
مصر (١٩٨٦ - ١٩٩٣)	√√	√		√	√				

على الرغم من اشتراك عوامل النجاح في مصر خلال الفترة ١٩٨٦ - ١٩٩٣ مع بعض عوامل النجاح في هذه الدول كضرورة توافر الإرادة السياسية والتمويل والإطار المؤسسي الفعال والسياسة السكانية الشاملة كما يتضح من الجدول ١١، إلا أن هناك فروقا جوهرية كانت سببا في اختلاف معدلات الأداء واستدامتها بين هذه البلدان ومصر، ولعل أهم هذه الفروق هي:

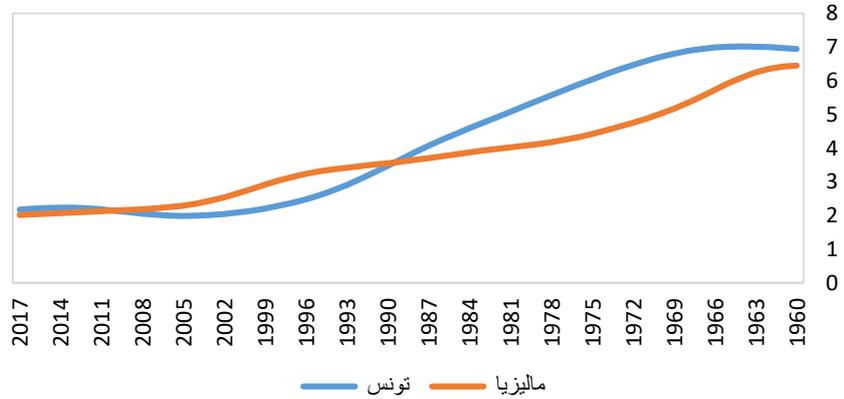
- **التنمية الاقتصادية:** عظمت هذه الدول الاستفادة من الهبة الديمغرافية الناتجة عن انخفاض معدلات الخصوبة لبناء نهضة اقتصادية حقيقية من خلال سياسات عامة فعالة في جميع قطاعات الدولة.
- **التعاون بشكل وثيق مع القطاع الأهلي والخاص** لتنفيذ البرامج والخطط السكانية، في المقابل يعاني القطاع الأهلي في مصر من التضييق وليس ثمة تنسيق فعال بين أنشطة الحكومة والقطاع الخاص.
- **توظيف الحوافز الإيجابية والسلبية بشكل فعال:** للتأثير على رغبات الأفراد الإنجابية، بينما لم تتبنى مصر مثل هذه السياسات بشكل رسمي في أي فترة من الفترات حتى وقت إعداد هذه الدراسة.

أهمية السياسات العامة الفعالة لتحقيق التنمية الاقتصادية

لن يتثنى لمصر تحقيق تنمية اقتصادية حقيقية بمجرد السيطرة على معدلات الخصوبة ونمو السكان، ولكن يقتضي ذلك سياسات عامة فعالة كالتالي تبنتها دول شرق آسيا على صعيد الإصلاح الحقيقي والمؤسسي، وبناء جهاز إداري قوي وكفاء، والاستثمار بكثافة في التعليم والصحة، وخلق نمو احتوائي مستدام مدفوع بقطاع صناعي وخدمي قوي وبيئة اقتصادية كلية مستقرة وتشجيع كل من الادخار والاستثمار المحلي والأجنبي وكذلك تنظيم سوق العمل وتمكين المرأة اجتماعيا واقتصاديا وسياسيا، وسنضرب هنا مثلا بتونس وماليزيا لتوضيح الفكرة وتأكيدتها، فعلى الرغم من قدرة تونس على إنجاز التحول الديمغرافي وتخفيض

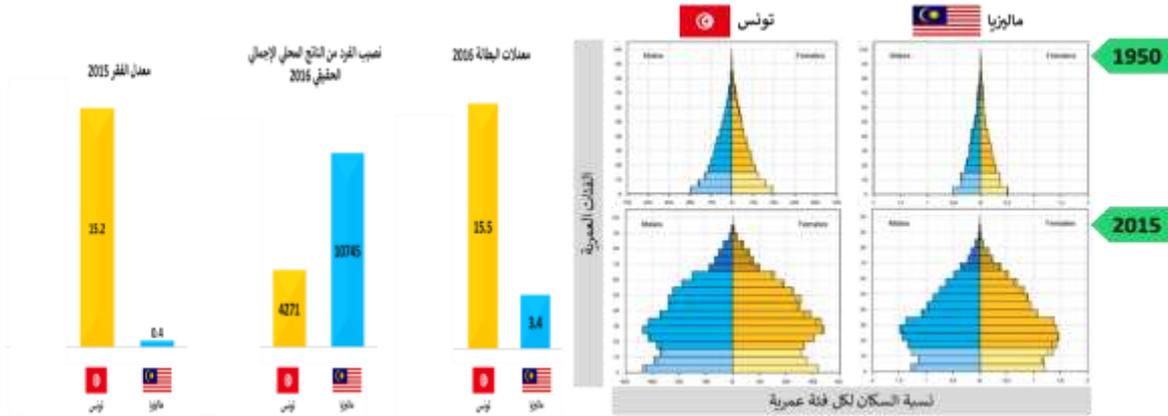
معدل الخصوبة إلى نفس معدل ماليزيا كما يتضح من الشكل ٢٢، ومن ثم تماثل التركيبة السكانية في البلدين، إلا أنها لم تشهد نفس معدلات التنمية الاقتصادية والاجتماعية كما يتضح من الشكل ٢٣. ولن تتمكن مصر من التعامل مع الزيادة السكانية بشكل سليم وتحقيق تقدم ملموس على صعيد هذا الملف طالما أنها تنظر لارتفاع معدلات الخصوبة كأحد مسببات الفقر في مصر، وهو ما أشارت إليه نتائج بيانات مسح الدخل والإنفاق ٢٠١٧/٢٠١٨، مؤكدة أن الأسر الأكبر حجما كانت أفقر من الأسر الأقل حجما بسبب إنجاب الكثير من الأطفال، في حين أن العكس هو الصحيح، الأسر الأفقر تنجب عددا أكبر من الأطفال لأسباب يطول تفصيلها منها ما هو متعلق بالوعي ومنها ما هو متعلق بالتعامل مع الأطفال كأصل اقتصادي مدر للدخل، ومن ثم فإن أساس علاج مشكلة الزيادة السكانية في مصر يكمن في القضاء على الفقر.

الشكل 22 . معدل الخصوبة ١٩٦٠-٢٠١٧



المصدر: مؤشرات التنمية الدولية، البنك الدولي، ٢٠١٩.

الشكل 23 . تطور الهرم السكاني وبعض المؤشرات الاقتصادية في ماليزيا وتونس بين ١٩٥٠ - ٢٠١٥



المصدر: مؤشرات التنمية الدولية، البنك الدولي، ٢٠١٩؛ United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2017).

الاستدامة كعامل مشترك بين جميع التجارب موضع الدراسة وغيابها في مصر

١ - استدامة الإرادة السياسية والسياسة السكانية

كانت الاستدامة هي السمة المشتركة بين جميع الدول موضع الدراسة على اختلاف السياسة السكانية المتبعة في كل منها، إذ لم تختلف الرؤية تجاه الخصوبة ومعدلات نمو السكان في أي من هذه الدول باختلاف القيادة السياسية في أي فترة من الفترات حتى تم تحقيق الأهداف الديمغرافية بنجاح. أما في مصر، فتغيرت سياسات الدولة تجاه ملف السكان أربع مرات منذ الستينيات بتغير القيادة السياسية.

٢ - استدامة التمويل

اتبعت جميع الدول موضع الدراسة نهجا مستداما في التمويل، من خلال رصد موارد ذاتية للأنشطة السكانية بالموازنة العامة وكذلك رفع نسبة ما يتحمله المستفيد من رسوم خدمات تنظيم الأسرة تدريجيا بالتوازي مع ارتفاع مستويات المعيشة ككوريا الجنوبية وسنغافورة وتايوان.

أما في مصر فلم يتم رصد موارد كافية لتنفيذ البرامج السكانية خلال الستينيات والسبعينيات، بسبب الحرب، وبداية من الثمانينيات تم الاعتماد بشكل مكثف على التمويل الخارجي خاصة الوكالة الأمريكية للتنمية الدولية حتى ٢٠٠٩، ومنذ ذلك الوقت لم يتم رصد موارد كافية لتنفيذ معظم أنشطة الاستراتيجية القومية للسكان.

٣ - استدامة الإطار المؤسسي والتنسيق

كان دمج الخطط السكانية والتنمية بالدول موضع الدراسة ضمانا لاستدامة التنسيق بين جميع الجهات المعنية على مستوى مجلس الوزراء، بالإضافة إلى أن معظم هذه الدول أنشأت مجالس تتولى تنسيق الجهود السكانية بين جميع الجهات المعنية.

وفي مصر، انعكس عدم وضوح الرؤية تجاه ملف السكان جليا في كم التغييرات الهيكلية التي حلت بالمجلس القومي للسكان، إذ تم تغيير تبعية المجلس واسمه وعضويته واختصاصاته أكثر من ١٠ مرات منذ إنشائه عام ١٩٦٥ وحتى الآن.

٤ - استدامة الجهود التنموية

أدت استدامة الإصلاح الاقتصادي والمؤسسي في الصين ودول شرق آسيا إلى تحقيق معدلات نمو وادخار واستثمار غير مسبوق لمدة ثلاثة عقود متواصلة (١٩٦٠ - ١٩٩٠)، ويرجع ذلك بشكل أساسي إلى اتباع التخطيط الخمسي الذي جعل تغيير حكومات هذه الدول غير مصحوب بتغييرات جوهرية في السياسات الاقتصادية والتنموية المتبعة، حيث تقوم كل حكومة بتنفيذ جزء من رؤية بعيدة المدى.

ضبط الإطار المؤسسي كضرورة لتحقيق استدامة الجهود السكانية في مصر

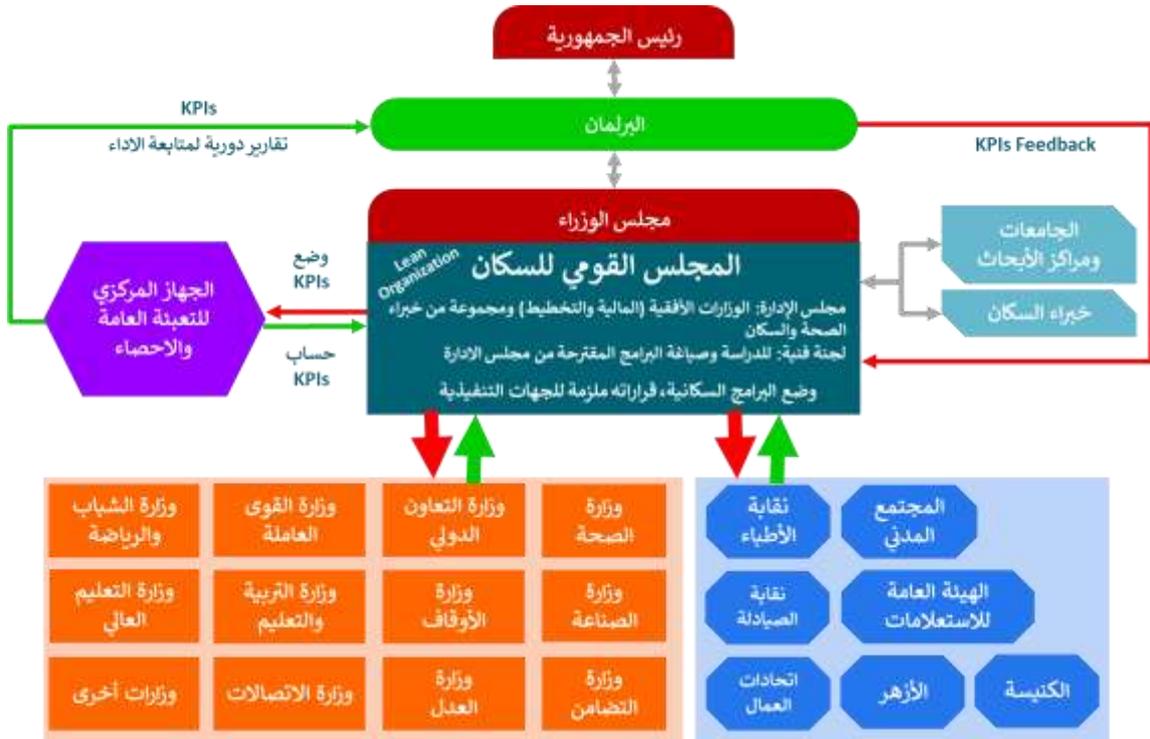
بضبط الإطار المؤسسي لملف السكان وحوكمته بشكل جيد يمكن تحقيق الاستدامة في كل من الإرادة السياسية والتمويل أيضاً، إذ يستطيع الإطار المؤسسي الفعال تنسيق الجهود بين جميع الجهات المعنية بالقضية السكانية بما يضمن عدم تغير السياسة السكانية المتبعة بتغير القيادة السياسية أو الحكومة من ناحية وعدم إهدار الموارد الناتج عن تضارب المصالح وتعارض الجهود من ناحية أخرى.

ومن شأن وضع نظام منضبط للمتابعة والتقييم مبني على مؤشرات أداء حقيقية، ضمان التنفيذ المتوازن لجميع أبعاد القضية السكانية وألا يقتصر التركيز على البعد العددي وتنظيم الأسرة فقط، ورصد أي قصور على صعيد المؤشرات الاقتصادية والتنموية والتعليم والصحة وتوزيع السكان واتخاذ الإجراءات التصحيحية اللازمة بسرعة.

مقترح بالشكل المؤسسي الأمثل لملف السكان

بناء عليه تقترح هذه الورقة إطاراً عاماً للشكل المؤسسي الأمثل لملف السكان كما يتضح من الشكل التالي:

الشكل 24 تصور للشكل المؤسسي الأمثل لملف السكان



- 5- يجب أن يكون المجلس القومي للسكان هو الجهة المعنية بوضع الخطط السكانية وكذلك مؤشرات المتابعة والأداء التي سيتم بناء عليها تقييم أداء جميع الجهات التنفيذية.
- 6- يجب أن يتبع رئيس مجلس الوزراء وليس وزير الصحة، وأن يكون به أمانة فنية قوية تتولى دراسة وتحويل قرارات مجلس الإدارة إلى برامج عمل وخطط تنفيذية.

٧- يجب أن يتكون مجلس الإدارة من الوزارات الأفقية فقط (المالية والتخطيط) وليس التنفيذية بالإضافة إلى مجموعة من خبراء الصحة والسكان المستقلين، وأن يتم التعاون بشكل وثيق مع الجامعات ومراكز الأبحاث لإجراء الدراسات اللازمة.

٨- يجب أن يكون المجلس مؤسسة رشيقة (Lean Organization) بمعنى سد النقص في موظفي المجلس من خلال الانتداب من جهات أخرى وعدم خلق طبقات بيروقراطية جديدة.

٩- يجب أن تكون قرارات المجلس ملزمة لجميع الجهات التنفيذية المعنية (الحكومة بأكملها ومؤسسات المجتمع المدني والقطاع الخاص).

١٠- أن يُكلف الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء بقياس مؤشرات الأداء التي يضعها المجلس سنويا، ورفع تقريره لكل من المجلس القومي للسكان والبرلمان.

١١- يناقش البرلمان تقرير الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء، وبناء عليه يتم محاسبة الجهات المعنية بالتنفيذ في حال وجود أي تقصير وأن يُرفع ذلك كله إلى رئيس الجمهورية في النهاية بصفته رئيسا للدولة لا بصفته رئيسا للجهاز التنفيذي.

تلخيصا لكل ما سبق، يمكن القول بأن الإطار المؤسسي القوي وضمان استدامة الجهود السكانية وعدم حصرها في بعد تنظيم الأسرة فقط عند التنفيذ هي شروط ضرورية ولكنها غير كافية لتعظيم الاستفادة من الهبة الديمغرافية في مصر، حيث يجب استكمال ذلك بسياسات عامة فعالة سواء على المستوى القطاعي أو الكلي، بهدف خلق نمو اقتصادي احتوائي مستدام قادر على امتصاص جميع أشكال العمالة ومن ثم رفع مستويات معيشة المواطنين، فالإنسان هو وسيلة التنمية والهدف منها في الوقت نفسه.

الملاحق

الملحق ١: تقييم السياسية السكانية في مصر

٢٠١٩-٢٠١٤	٢٠١٤ - ١٩٩٦	١٩٩٦ - ١٩٨٠	١٩٨٠-١٩٧٠	١٩٧٠ - ١٩٥٠	١٩٥٠-١٩٣٠	المعيار
٢٠١٥: استراتيجية سكانية قوية ولكن خطة تنفيذية ضعيفة	أخذ مشكلة تباين المؤشرات السكانية بين مناطق الجمهورية في الحسبان	١٩٨٦: وضع سياسة سكانية شاملة تبيحها مجموعة من الخطط التنفيذية بأهداف كمية محددة	١٩٧٣: وضع سياسة سكانية بأهداف غير كمية: ١٩٧٥: تعديلها لتصبح أكثر دقة ووضوحا	لا توجد سياسة سكانية متكاملة	لا توجد سياسة سكانية	مدى جودة السياسات السكانية
لا يوجد بيانات	١٩٩٦ - ٢٠٠٨: تباطؤ الإنجاز ٢٠٠٨ - ٢٠١٤: تراجع الأداء	نجحت على صعيد محور تنظيم الأسرة والصحة الإنجابية فقط	لم تنجح، وارتفع معدل المواليد ونمو السكان	نجحت بسبب الحرب وليس جهود الحكومة		مدى نجاح السياسات في تحقيق أهدافها
غير ممكن	غير ممكن	ممكن نظريا وعمليا	ممكن نظريا وليس عمليا	ممكن نظريا وليس عمليا	لم يُنشأ بعد	مدى تمكين المجلس القومي للسكان
نص الدستور لأول مرة على التزام الدولة بوضع برنامج سكاني	لا يوجد معلومات كافية	تحقيق المستهدفات الصحية والإنجابية قبل ميعادها	تحسن المؤشرات الصحية وأهمها معدلات الوفيات	تغير رؤية القيادة السياسية واقتناعها بخطورة الزيادة السكانية	نشاط المجتمع المدني	جوانب القوة
ضعف الإطار المؤسسي والتمويل والمتابعة والتقييم	ضعف: التمويل، الدعم السياسي، والإطار المؤسسي	ضعف الإنجاز على صعيد المحاور التنموية	عدم توافر الإرادة السياسية الداعمة، ضعف التمويل والتنسيق	عدم الاستثمار بشكل كافي في البرامج السكانية	عدم استجابة الدولة لتحذيرات المجتمع المدني	جوانب الضعف

الملحق ٢: التغييرات التي طرأت على المجلس القومي للسكان منذ إنشائه عام ١٩٦٥ حتى الآن

رقم القرار	الاسم	رئاسة المجلس	عضوية المجلس	الاختصاصات	التنظيم الداخلي	التمثيل مع الغير والقضاء
٤٠٧٥ لسنة ١٩٦٥	المجلس الأعلى لتنظيم الأسرة	رئيس الوزراء	وزير: الصحة، التعليم العالي، الإرشاد القومي، التخطيط، الدولة برياسة مجلس الوزراء، الدولة للإدارة المحلية، نائب وزير الأوقاف والشئون الاجتماعية، رئيس الجهاز المركزي للتعبة العامة والإحصاء.	وضع تخطيط شامل لبرامج تنظيم الأسرة بالجمهورية والإشراف على تنفيذه ومتابعته وتقييمه وتنظيم التعاون بين الجهات المعنية بالتنفيذ قرارات المجلس نهائية ونافاذة قبل جميع الوزارات والجهات المعنية	يكون للمجلس أمانة عامة من بين أعضائه ويجتمع مرة كل شهرين على الأقل	
١٠٥٤ لسنة ١٩٧٢		نائب رئيس مجلس الوزراء	وزير: الدولة للإعلام، الزراعة واستصلاح الأراضي، القوى العاملة، رئيس جهاز تنظيم الأسرة، الإرشاد القومي، الدولة للإدارة المحلية. رئيس الجهاز المركزي للإحصاء. عضو من الأمانة العامة للاتحاد الاشتراكي، ثلاثة من المهتمين بشئون الأسرة والسكان		يكون للمجلس جهاز يسمى جهاز تنظيم الأسرة يعاون المجلس في أداء مهامه البحثية والتنفيذية والمالية والإدارية ويجتمع المجلس مرة كل ثلاثة أشهر على الأقل.	رئيس المجلس الأعلى لتنظيم الأسرة
٦٦٦ لسنة ١٩٧٢	المجلس الأعلى لتنظيم الأسرة والسكان	رئيس مجلس الوزراء	نائب رئيس مجلس الوزراء، وزير: الدولة للحكم المحلي والشباب، رئيس الجهاز المركزي للإحصاء، أربعة من المهتمين بشئون الأسرة والسكان، عضو من الأمانة العامة للاتحاد الاشتراكي.			
١٩ لسنة ١٩٨٥	المجلس القومي للسكان	رئيس الجمهورية	رئيس مجلس الوزراء، وزير التعاون الدولي، مقرر المجلس. وزير: القوي العاملة والتدريب، الدولة لشئون مجلس الوزراء، الحكم المحلي والشباب، الأوقاف وشئون الأزهر، الزراعة، رئيس الجهاز المركزي للإحصاء، رئيس جهاز تنظيم الأسرة والسكان	إعداد السياسات السكانية التي تحقق أعلى معدل ممكن للتنمية الاقتصادية والاجتماعية، اعتماد برامج المشروعات السكانية السنوية: مشروع قومي لتنظيم الأسرة، تشغيل المرأة، رعاية الطفل، السيطرة على الأمية.	يكون للمجلس مقرر وأمانة فنية تساعده في مباشرة اختصاصاته استبدال جهاز تنظيم الأسرة بالمشروع القومي لتنظيم الأسرة	رئيس مجلس الوزراء

		تحديد دور الجهات المعنية ومتابعتها والتأكد من تنفيذها لهذه البرامج + قرارات المجلس ملزمة ونافاذة ونهائية				
مقرر المجلس	يحل المجلس القومي للسكان محل المشروع القومي لتنظيم الأسرة					٤٤٤ لسنة ١٩٨٦
				رئيس مجلس الوزراء		٧ لسنة ١٩٨٨
	حصر دور المقرر والأمانة الفنية في إجراء الدراسات والبحوث وبعض الأعمال المالية والإدارية الداخلية.	حصر مهمة المجلس في إجراء الدراسات والبحوث ذات الصلة بالقضية السكانية قرارات المجلس لم تعد نافذة ونهائية وملزمة للجهات المعنية، ولكنهم مازالوا ملزمين بتزويد المجلس بالبيانات التي يطلبها.	وزير: الثقافة، الإدارة المحلية، الأوقاف، الاقتصاد والتعاون الدولي، التخطيط.			٣٢ لسنة ١٩٩٦
وزير الصحة والسكان		إعداد خطة السيطرة على النمو السكاني والمشروعات المكونة لها والتي ستنفذ من خلال الوزارات والجمعيات الخيرية ومتابعة تنفيذها. ليس للمجلس أي سلطة تنفيذية على هذه الجهات	ممثل عن وزارة: الزراعة واستصلاح الأراضي، الدولة للشئون الخارجية، المجلس القومي للمرأة، المجلس القومي للأمومة والطفولة، التعليم، الثقافة، الاقتصاد والتعاون الدولي.	وزير الصحة والسكان		٢١٨ لسنة ٢٠٠٢
	استحداث مادة جديدة تنص على أن يكون للمجلس لجنة تنفيذية برئاسة المقرر		وزير: الدولة للتنمية الاقتصادية، الصحة والسكان، الزراعة واستصلاح الأراضي، الأوقاف، الدولة لشئون الخارجية، المجلس القومي للمرأة، المجلس القومي للأمومة والطفولة.	رئيس مجلس الوزراء		١٣٩ لسنة ٢٠٠٧

			ممثلون بدرجة رئيس قطاع أو ما يعادلها عن وزارة: الأوقاف .	وزير الدولة لشئون الأسرة والسكان		٧٩٧ لسنة ٢٠٠٩
				وزير الصحة والسكان		٢٨ لسنة ٢٠١١
			ممثلين عن كل من وزارات: الدفاع والإنتاج الحربي، الداخلية، العدل، التخطيط، الدولة للتطوير الحضري والعشوائيات، الشباب والرياضة، القوى العاملة والهجرة، التعليم، الثقافة، التنمية الاقتصادية، الإعلام.	وزير الدولة للسكان		١٩١١ لسنة ٢٠١٥
			ممثلين عن كل من وزارات: الإسكان والمرافق والمجمعات العمرانية. ممثلين عن: الهيئة العامة للاستثمار، اتحاد الإذاعة والتلفزيون، الأزهر والكنيسة.	وزير الصحة والسكان		١٣٢٦ لسنة ٢٠١٦
٤	٥	٣	٨	١٠	٢	العدد

- ✓ يشير اللون الأخضر، في العمود الخاص بعضوية المجلس، إلى أن القرار قد ضم هذه الوزارات كأعضاء جدد لم يكونوا موجودين بالقرار السابق، ويشير اللون الأحمر إلى أن القرار استبعد هذه الوزارات من عضوية المجلس بعد أن كانوا أعضاء بالقرار السابق.
- ✓ الجدول مشفوع بمجموعة من التعليقات والشروح التفصيلية.

المراجع باللغة العربية

- الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء. ٢٠١٥. "المرأة والرجل في مصر "
- _____ . ٢٠١٨. "الكتاب الإحصائي السنوي."
- _____ . ٢٠١٧. "تعداد مصر ٢٠١٧."
- _____ . ١٩٨٠. "الكتاب الإحصائي السنوي."
- _____ . ١٩٧٣. "الكتاب الإحصائي السنوي."
- المجلس القومي للسكان. ٢٠١٦. "مشروع دعم دور المجلس القومي للسكان في مصر، نظرة عامة على خريطة احتياجات المجلس القومي للسكان"
- _____ . ١٩٨٤. "توصيات المؤتمر القومي للسكان."
- المركز الديمغرافي بالقاهرة. ٢٠٠٣. "أوراق في ديمغرافية مصر رقم ١٢: السياسات والاستراتيجيات السكانية في مصر ودور الخطاب السياسي والديني والإعلامي "
- قرار رئيس الجمهورية رقم ١٣٩ لسنة ٢٠٠٧، الجريدة الرسمية، العدد ١٧ مكرر، ٢٩ أبريل ٢٠٠٧.
- قرار رئيس الجمهورية رقم ٢١٨ لسنة ٢٠٠٢، الجريدة الرسمية، العدد ٣١ مكرر، ٤ أغسطس ٢٠٠٢.
- قرار رئيس الجمهورية رقم ٣٢ لسنة ١٩٩٦، الجريدة الرسمية، العدد ٤، ٢٥ يناير ١٩٩٦.
- قرار رئيس الجمهورية رقم ٧ لسنة ١٩٨٨، الجريدة الرسمية، العدد ٢، ١٤ يناير ١٩٨٨.
- قرار رئيس الجمهورية رقم ٤٤٤ لسنة ١٩٨٦، الجريدة الرسمية، العدد ٤٤، ٣٠ أكتوبر ١٩٨٦.
- قرار رئيس الجمهورية رقم ١٩ لسنة ١٩٨٥، الجريدة الرسمية، العدد ٥، ٣١ يناير ١٩٨٥.
- قرار رئيس الجمهورية رقم ١٠٥٤ لسنة ١٩٧٢، الجريدة الرسمية، العدد ٣٦، ٧ سبتمبر ١٩٧٢.
- قرار رئيس الجمهورية رقم ٤٣٢٠ لسنة ١٩٦٥، الجريدة الرسمية، العدد ٢٧٠، ٢٧ نوفمبر ١٩٦٥.
- قرار رئيس المجلس الأعلى للقوات المسلحة رقم ٧٧ لسنة ٢٠١٢، الجريدة الرسمية، العدد ٧، ١٦ نوفمبر ٢٠١٢.
- قرار رئيس المجلس الأعلى للقوات المسلحة رقم ٢٨ لسنة ٢٠١١، الجريدة الرسمية، العدد ١٠ مكرر أ، ١٦ مارس ٢٠١١.
- قرار رئيس مجلس الوزراء رقم ١٣٢٦ لسنة ٢٠١٦، الجريدة الرسمية، العدد ١٩ مكرر ب، ١٨ مايو ٢٠١٦.
- قرار رئيس مجلس الوزراء رقم ١٩١١ لسنة ٢٠١٥، الجريدة الرسمية، العدد ٣٢، ٦ أغسطس ٢٠١٥.

قرار رئيس مجلس الوزراء رقم ٧٩٧ لسنة ٢٠٠٩، الجريدة الرسمية، العدد ٦٥، ١٩ مارس ٢٠٠٩.

قرار رئيس مجلس الوزراء رقم ٦٦٦ لسنة ١٩٧٧، الجريدة الرسمية، العدد ٩، ١٩٧٧.

مزامح، هيثم. ٢٠١٧. الدين والدولة في إيران أثر ولاية الفقيه على السياسات الداخلية والخارجية، مركز الخليج العربي للدراسات الإيرانية، مجلة الدراسات الإيرانية، السنة الثانية - العدد الخامس .

وزارة التربية والتعليم. ٢٠١١. "الإطار العام لمناهج المرحلة الابتدائية والإعدادية والثانوية."

_____. ٢٠١١. "الدليل المرجعي للقضايا العالمية والمهارات الحياتية في المناهج الدراسية".

وزارة الدولة للسكان. ٢٠١٥. "الاستراتيجية القومية للسكان والتنمية ٢٠١٥-٢٠٣٠".

المراجع باللغة الإنجليزية:

Aghajanian, A. 1998. Family planning program and recent fertility trends in Iran. Fayetteville State University.

Alaeddini, M. and D López. 2015. Why Has Iran's Family Planning Policy Been So Successful? Political, Demographic, Socio-economic and Cultural-Geographical Underpinnings of a Dramatic Fertility Transition. STUDIA OBSZARÓW WIEJSKICH, Volume 38, pp. 111–128.

Buckley, C. 2015. China Ends One-Child Policy, Allowing Families Two Children. The New York Times. Available at: <https://nyti.ms/2fpTdl1>

Clawson, P. 2008. The Islamic Republic's Economic Failure. Middle East Quarterly, pp. 15-26.

Davidson R. Gwatkin. 1979. Political Will and Family Planning: The Implications of India's Emergency Experience. Population and Development Review, Vol. 5, No. 1, pp. 29-59.

Evy. F. M. 1999. legalization of the birth control pill in japan will reduce reliance on abortion as the primary method of birth control. Pacific Rim Law & Policy Journal Association. VOL. 8 NO. 3

Gullaprawit, C. Population Policy and Programs in Thailand. In Mason, A. 2001 (ed.). Population Change and Economic Development in East Asia: Challenges Met, Opportunities Seized. Stanford University Press.

Guo, Z. 2014. 'End to the One Child Policy?', The World of Chinese 4 (1), 74–5.

- Harkavy, O. and K Roy. 2007. Emergence of the Indian National family planning program. In Warren C. R. and John A. R. (eds.), *The Global Family Planning Revolution*. World Bank.
- Hayase, Y. 2005. Gender Perspectives in Family Planning: The Development of Family Planning in Postwar Japan and Policy Implications from the Japanese Experience. In Murayama. M. *Gender and Development the Japanese Experience in Comparative Perspective*. Institute of Developing Economies (IDE).
- Howden, D and Y. Zhou. 2014. *China's One-Child Policy: Some Unintended Consequences*. Institute of Economic Affairs.
- Inoue, S. 2001. Population Policies and Programs in Japan. In Mason, A. (ed.) 2001. *Population Change and Economic Development in East Asia: Challenges Met, Opportunities Seized*. Stanford University Press.
- Kranagaratnam. k. 1968. Singapore: National Family Planning Program. *Studies in family planning*, Vol. 1, No. 28, pp. 1-11.
- Kuroda, Toshio (1984) *Population Policy of Japan*, Country Monograph Series No. 11. United Nations, pp. 269–79.
- Kwon, T. 2001. The National Family Planning Program and Fertility Transition in South Korea. In Mason, A. 2001 (ed.). *Population Change and Economic Development in East Asia: Challenges Met, Opportunities Seized*. Stanford University Press.
- Liu, P. 2001. Population Policy and Programs in Taiwan. In Mason, A. 2001 (ed.). *Population Change and Economic Development in East Asia: Challenges Met, Opportunities Seized*. Stanford University Press.
- Mason, A. 2001. *Population Change and Economic Development in East Asia: Challenges Met, Opportunities Seized*. Stanford University Press.
- Moreland, S. 2000. *How Much Will It Cost to Achieve Egypt's Population Goals?* POLICY Project.
- Muramatsu, M. 1984. *Family Planning and Population of Japan: Country Monograph Series No. 11* (New York: United Nations), pp. 280–94.
- Palen. J. 1986. Fertility and Eugenics: Singapore's population policies. *Population research policy review*, Vol 5, No. 1, pp. 3 -14.

- Razavi et al. 2009. The Iranian Vital Horoscope; Appropriate Tool to Collect Health Statistics in Rural Areas. *Iranian J Publ Health*, Vol. 38, pp.74-80
- Robinson, W. and F El-Zanaty.2007. the evolution of population policies and programs in the Arab republic of Egypt. In Robinson, C. W. and J. A. Ross (eds.), *The Global Family Planning Revolution: Three Decades of Population Policies and Programs*. THE WORLD BANK.
- Saad-Eddin, I. 2001. State, Women, and Civil Society: An Evaluation of Egypt's Population Policy. In Hopkins, N.S. and S.E. (eds.), *Arab Society: Class, Gender, Power, and Development*. The American University in Cairo Press.
- Sayed, A.H. 2011. Egypt's population policies and organizational framework. Social Research Center, AUC.
- Srinivasan, S. 2007. Population policy and programme in India: A review. 125-136 *Social Change*, Vol. 37 No. I
- UNFPA. 2014. "Programme of Action adopted at the International Conference on Population and Development Cairo"
- United Nations. 2018. "World Population Policies 2015", Department of Economic and Social Affairs - Population Division.
- Whyte et al. 2015. Challenging Myths About China's One-Child Policy. *The China Journal*, The Australian National University. no. 74
- World Bank. 2019. "World Development Indicators 2017"
- . 2010. "Fertility decline in the Islamic republic of Iran 1980 – 2006: A Case Study".
- . 1993. *The East Asian Miracle: Economic Growth and Public Policy*. World Bank Policy Research Papers, WP 12351.
- Yap, T. M. 2001. Population Policies and Programs in Singapore. In Mason, A. 2001 (ed.). *Population Change and Economic Development in East Asia: Challenges Met, Opportunities Seized*. Stanford University Press.
- Zhang, J. 2017. The Evolution of China's One-Child Policy and Its Effects on Family Outcomes. *Journal of Economic Perspectives—Volume 31, Number 1—Winter 2017—Pages 141–160*.